UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1955 - N° 106

L'ULCÈRE

de la

DEUXIÈME PORTION DU DUODÉNUM

à propos de 22 observations inédites

Travail de la consultation de Gastro-Entérologie de l'Hôpital Saint-André
(Professeur : J.-J. DUBARRY)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 27 Juillet 1955

PAR

Yves PHILIPPE

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales
Diplômé de Médecine Tropicale

né le 14 avril 1930 à Nantes (Loire-Inférieure)

Examinateurs de la Thèse : MM. DUBARRY, Professeur, Président.
TRAISSAC, Professeur.
RIGAUD, Maître de Conférences, Agrégé.
MORETTI, Agrégé.
— Juges.

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
185, Cours de la Marne

1955

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547309_0033

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1955 - N° 106

L'ULCÈRE

de la

DEUXIÈME PORTION DU DUODÉNUM

à propos de 22 observations inédites

Travail de la consultation de Gastro-Entérologie de l'Hôpital Saint-André
(Professeur : J.-J. DUBARRY)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 27 Juillet 1955

PAR

Yves PHILIPPE

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales
Diplômé de Médecine Tropicale

né le 14 avril 1930 à Nantes (Loire-Inférieure)

Examinateurs de la Thèse (Juges) :

MM. DUBARRY, Professeur, Président.
TRAISSAC, Professeur.
RIGAUD, Maître de Conférences, Agrégé.
MORETTI, Agrégé.

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
185, Cours de la Marne

1955

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	CREYX / BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN / MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Hydrologie thérapeut. et climatologie	DUBARRY

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUS TARDIER (Bactériologie)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Anatomie pathologique	LEGER
Anatomie	RIGAUD
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE

	MM.
Pharmacie (1re section)	R. GOLSE
Pharmacie (2e section)	MASQUELIER / QUILICHINI
Pharmacie (3e section)	CAZAUX

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ R. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN / LENG-LEVY / MORETTI / LAVIGNOLLE
Chirurgie générale	LAUMONIER / CHAVANNAZ / VILLAR / TINGAUD / DEPAULIS

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE / FAUGÈRE
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER / PÉRY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Anatomie	CABANIÈ
Cryptogamie	LAUBIE
Sociale	MAHON

	MM.
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER / VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	BENELLI
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A NOS PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR FEILLARD

Qui nous a aidé et encouragé au cours de nos études ; en témoignage de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE MEDECIN PRINCIPAL J. BILLIOTTET

Chef des Services Médicaux de l'Hôpital Maritime de Lorient

A MONSIEUR LE MEDECIN PRINCIPAL P. GOASGUEN

Assistant des Services Médicaux de l'Hôpital Maritime de Lorient

Ils nous ont accordé leur amitié et leur confiance lors de notre stage dans leur service ; qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre vive gratitude.

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL
DE PREMIERE CLASSE TABET

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies
Spécialiste des Hôpitaux Maritimes
Commandeur de la Légion d'Honneur
Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique
Officier du Mérite Maritime

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF
DE PREMIERE CLASSE DE LA MARINE CONSTANS

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies
Spécialiste des Hôpitaux Maritimes
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939-1945

A NOS JUGES

MONSIEUR LE DOCTEUR MORETTI
Agrégé de Médecine Générale
Médecin des Hôpitaux
Médecin des Hôpitaux Maritimes
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939-1945
Mérite de l'Afrique Noire
Chevalier de l'Etoile d'Anjouan

MONSIEUR LE DOCTEUR RIGAUD
Maître de Conférences Agrégé d'Anatomie
Professeur Agrégé des Ecoles de Médecine Navale
Chirurgien des Hôpitaux de la Marine
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier d'Académie
Officier de l'Instruction Publique

MONSIEUR LE PROFESSEUR F.-J. TRAISSAC
Professeur de Thérapeutique
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier d'Académie

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-J. DUBARRY

Professeur d'Hydrologie Thérapeutique et Climatologie
Médecin des Hôpitaux
Officier d'Académie

inspirateur de ce travail.

Nous nous permettons de lui adresser ici l'expression de toute notre gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a reçu et guidé, ainsi que l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect.

INTRODUCTION

Que l'ulcère puisse se localiser ailleurs que sur la petite courbure de l'estomac et sur le bulbe duodénal est un fait connu ; mais il est généralement considéré comme si rare qu'une telle situation prend figure de curiosité et qu'en pratique courante on ne l'évoque pour ainsi dire jamais. Pourtant, sur 35 ulcères duodénaux, un siège au-delà du genu superius ; et bien des malades dont l'histoire est celle d'ulcéreux indubitables, chez qui cependant le diagnostic n'a jamais reçu la confirmation radiologique, sont probablement porteurs d'un ulcère de la deuxième portion du duodénum.

Il y a pourtant grand intérêt à connaître l'existence d'un tel ulcère. Son évolution anatomique spéciale dans une région que le terme de « carrefour » définit particulièrement bien, expose en dehors des complications habituelles à toute une série de répercussions sur les voies biliaires, le pancréas et même l'intestin. Peu à peu la gravité croissante des lésions de ces organes finira par leur faire prendre la première place dans la symptomatologie et ceci compliquera d'autant le problème du diagnostic de la maladie causale, déjà suffisamment difficile.

Il faut donc soupçonner systématiquement la portion descendante du duodénum lorsque, chez un malade au passé ulcéreux évident, un premier examen radiologique n'a rien montré sur les régions habituellement touchées par la maladie ulcéreuse. On demandera alors un deuxième examen, et celui-ci sera orienté en fonction du soupçon de la situation duodénale basse de

l'ulcère. Le radiologiste devra s'appliquer à bien dérouler la séquence : antre gastrique, pylore, bulbe, genu superius et duodénum descendant dont les éléments sont plus ou moins superposés sur les clichés ordinaires. Il utilisera pour cela des incidences diverses dont la meilleure n'est pas toujours la même pour des malades différents. Les images de l'ulcère de D_2 sont assez caractéristiques pour ne pas échapper à un œil averti.

Une pratique mauvaise consisterait devant l'évidence du diagnostic clinique à confier au chirurgien le soin de localiser la lésion et de la traiter en même temps. D'abord, le fait qu'il atteint fréquemment la face interne, pancréatique, de la deuxième portion peut rendre l'ulcère absolument indécelable à la vue et au palper de l'opérateur qui ne pratique d'ailleurs jamais, lors d'une intervention exploratrice, le décollement du duodénum, manœuvre longue et délicate. Ensuite, pour intervenir avec efficacité sur de tels ulcères, il faut des techniques opératoires particulières qui ne peuvent être exécutées que si le chirurgien les a prévues et y a préparé son malade. Enfin et surtout, parce que le temps est passé où le traitement de l'ulcère pouvait être chirurgical d'emblée. En l'absence de complications obligeant à agir vite, l'ulcère de la deuxième portion du duodénum, comme tout autre ulcère, doit être d'abord traité médicalement, et s'il l'est de façon correcte, on peut espérer éviter une gastrectomie ici particulièrement délicate et exposée à de graves séquelles.

C'est pour toutes ces raisons que sous l'inspiration de notre Maître, le Professeur J. Dubarry, après l'étude de 22 observations inédites qu'il a bien voulu nous confier — observations qui concernent en majorité des malades de sa consultation privée — il nous a paru nécessaire de revenir sur les problèmes posés par l'ulcère de la deuxième portion du duodénum encore si mal connu malgré son incidence non négligeable.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Dans sa description magistrale des ulcères duodénaux, Bucquoy, en 1883, signale déjà l'ulcère de la deuxième portion et fait remarquer sa rareté par rapport à la localisation bulbaire. Il mentionne néanmoins les trois premiers cas connus. Il faudra attendre 1908 pour voir publier les suivants par Pauchet et Mac-Carty.

Mais il ne s'agit toujours que de comptes rendus opératoires ou de découvertes d'autopsie, et ce n'est qu'en 1920 que l'on voit publier les premières observations cliniques et radiologiques. A la suite de Parturier et Aimard qui font à ce sujet une communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, de nombreux auteurs rapportent des cas isolés, notamment Thevenard, Crane, Hertz, Bousquet et Broustet.

En 1929, Comby soutient à Bordeaux la première thèse consacrée aux ulcères de la deuxième portion du duodénum. Il se fonde sur 10 cas et s'emploie surtout à démontrer le rôle primordial de ces ulcères dans l'étiologie des périviscérites du carrefour sous-hépatique.

Puis viennent les observations de Lefevre, Verger et Laporte, de Dagnini, de Gallart-Mones, de Ducastaing,

Viviani et Bignami apportent des éléments importants en précisant à la suite de Busi quelques-uns des signes radiologiques de l'affection. Gavezzeni, Wolke, et Lucarelli étudieront également cet aspect primordial du problème.

Mais c'est surtout à partir de 1934, sous l'influence de Gutmann qui leur consacre un important chapitre dans son Traité sur les Syndromes Douloureux Epigastriques, que l'ulcère du deuxième duodénum commence à être connu, tout au moins des gastro-entérologues et des radiologistes. En 1937, le même auteur présente avec N.D. Hoang, à la Société de Radiologie Médicale de France, un travail portant sur 14 cas. La même année, Toye-Lazarin rassemble les 77 observations connues jusqu'alors et en dégage les premiers éléments d'une étude d'ensemble qui sera poursuivie en 1939 par Callandry dans sa thèse inspirée par Brulé et Hillemand.

Depuis la guerre, l'ulcère de la deuxième portion du duodénum a fait l'objet de plusieurs publications en Europe parmi lesquelles celles de Valls-Colomer, Garcia-Moran en Espagne, de Warmoes et Pennewaert en Belgique, en France enfin de Tatibouet, Fassio, Gordet, Monges et encore Gutmann qui, en 1954, avec Jacqueline Daoud-Gutmann a décrit dans leur forme sans doute définitive les symptômes radiologiques de l'ulcère de D_2.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

I. — FREQUENCE

La fréquence de l'ulcère de la deuxième portion du duodénum est diversement appréciée. Considéré comme très rare il y a encore quelques années, la tendance actuelle est d'en faire une maladie dont l'incidence serait relativement importante. Toye-Lazarin en 1937 dénombrait 47 observations dans la littérature. En 1945, Tatibouet estimait à une centaine le nombre de cas publiés. Enfin Gutmann écrivait en 1952 : « Je suis arrivé à penser que l'ulcère post-bulbaire et celui de la portion descendante sont des lésions fréquentes et je ne les ai même plus recensés ». La seule façon de fixer les idées serait de considérer les statistiques. Or, elles donnent des chiffres très différents. Ainsi, Crane évalue la proportion des ulcères post-bulbaires à 1 % et Moynihan à 10 % des ulcères duodénaux. Cette dernière estimation est manifestement exagérée.

Nous avons la chance de pouvoir citer ici la statistique des ulcères vus par le Professeur J. Dubarry, statistique établie par lui l'an dernier, avec la collaboration de J. Janet, sur 1.300 cas d'ulcères gastro-duodénaux :

Ulcères duodénaux	914
dont : Ulcères bulbaires	889
Ulcères post-bulbaires	25

dont 20 sur la deuxième portion.

Les ulcères post-bulbaires représentent donc 2,7 % des ulcères duodénaux et 1,9 % de l'ensemble des ulcères digestifs. La majorité d'entre eux siège sur le deuxième duodénum. On peut déduire de cette simple proportion la conclusion pratique que tout médecin en rencontrera.

Il y a lieu de remarquer la fréquence particulière dans certains groupes ethniques. A Tunis, sur 60 gastrectomies pour ulcères faites en deux ans à l'Hôpital indigène, DEMIRLEAU a trouvé 10 fois une localisation sur D_2, ce qui donne un pourcentage de 16 %. Il est difficile de trouver une explication certaine à ce fait. Est-ce une raison raciale, ou du fait d'une symptomatologie plus bruyante les formes chirurgicales sont-elles proportionnellement plus nombreuses que pour les ulcères du bulbe ?

II. — INFLUENCE DU SEXE ET DE L'AGE

La maladie ulcéreuse atteint quatre hommes pour une femme. Pour le duodénum descendant, cette prédominance du sexe masculin est particulièrement marquée dans la série des malades du Professeur J. DUBARRY, puisqu'on n'y trouve que deux femmes ; mais seules seraient valables des statistiques plus importantes pour affirmer que la proportion n'est pas la même pour ces ulcères.

L'affection est constatée à des âges très variés. Le plus jeune malade connu est celui de THÉVENARD, qui avait 11 ans lorsque le diagnostic fut porté, mais dont le syndrome ulcéreux, si l'on en croit l'observation de cet auteur, avait débuté à six ou sept mois. Les chiffres extrêmes de notre statistique sont 21 et 72

ans, et la moyenne 50 ans. Mais il faut remarquer que la plupart de nos malades souffraient depuis plusieurs années, et même plusieurs décades pour les trois septuagénaires dont nous rapportons les observations. C'est entre 35 et 50 ans que la maladie éclot le plus volontiers, donc plus tardivement que l'ulcère du bulbe.

III. — CAUSES FAVORISANTES

Certaines malformations, une sténose duodénale, un terrain particulier enfin, peuvent faciliter la localisation de l'ulcère sur la deuxième portion du duodénum.

1°) *Les malformations duodénales :*

L'ulcus développé sur un diverticule a été signalé plusieurs fois. Sur les dix observations de Fassio, on rencontre deux fois cette particularité. C'est la raison pour laquelle la constatation d'un diverticule chez un malade présentant un syndrome de type plus ou moins franchement ulcéreux ne doit rassurer que si le duodénum est par ailleurs parfaitement sain.

Le duodénum mobile initial est encore plus fréquemment touché ; de même le duodénum en M où la lésion siège généralement au sommet de l'M. Chez l'un des malades de Garin et Bernay il y avait même deux ulcères à ce niveau.

Certaines anomalies du genu superius, remarquées par Gutmann sont également prédisposantes. Lorsque celui-ci est normal, angulaire, il reste généralement indemne. Mais on rencontre souvent une portion plus longue, dirigée plus ou moins obliquement d'avant en arrière, et qui unit le bulbe, placé sur un plan antérieur, à D_2 qui est postérieur et rétro-péritonéal. Cette région lorsqu'elle est ainsi allongée participe un peu à la nature du duodénum mobile et est alors un siège fréquent d'ulcères.

Enfin Fassio a également rapporté un cas sur situs inversus.

2°) *Les sténoses duodénales :*

Quelle que soit leur étiologie, la stase qu'elles provoquent est éminemment favorable au développement de l'ulcus. Dans une observation de DAGNINI, une sténose de la quatrième portion due à une tuberculose fibrocaséeuse des ganglions mésentériques s'accompagnait ainsi d'un ulcère en amont.

3°) *Influence du terrain :*

L'un de nos malades présentait une hyperthyroïdie. Sans doute s'agit-il d'une simple coïncidence ; si une hyperthyroïdie peut revêtir un masque digestif de même qu'elle réalise des formes cardiaques ou psychiques, comme y a insisté le Professeur J. DUBARRY, la coïncidence d'un ulcère et d'une hyperthyroïdie est trop rare pour qu'on puisse voir dans le trouble endocrinien le facteur étiologique essentiel de la maladie ulcéreuse.

Nous rapportons cette observation :

OBSERVATION I

Gui... Alfred, 34 ans.

Ce malade qui vient consulter le 3 février 1953 souffre de l'estomac par périodes depuis trois ans. Les douleurs ont toujours le même caractère et le même horaire : elles sont à type de crampes et surviennent vers 11 heures, 16 heures, quelquefois à minuit. Elles sont calmées par l'alimentation. Il a vomi à plusieurs reprises, surtout vers 18 heures, ce qui le soulageait immédiatement.

A l'examen, on est avant tout frappé par l'aspect basedowien de ce sujet : il est extrêmement nerveux, tremble, son pouls est constamment rapide, enfin il y a une exophtalmie, légère mais nette, avec éclat du regard. Cependant il n'a pas maigri, et son état général est bien conservé.

Au point de vue abdominal, on ne note qu'un assez important clapotement deux heures et demie après le repas de midi.

L'examen radiographique montre une image typique d'ulcère de la deuxième portion du duodénum.

L'hyperthyroïdie est confirmée par l'étude du métabolisme basal qui est de + 33 % et + 54 % après l'épreuve d'effort de Durupt.

La thérapeutique est dirigée avant tout contre ce syndrome basedowien que l'on traite par l'hématoéthyroïdine et la diiodotyrosine. Quant à l'ulcère, on ne prescrit pour lui qu'un simple plâtrage à prendre à longueur d'année, quatre jours par semaine.

Ce traitement simple a eu un plein succès, à la fois contre l'hyperthyroïdie qui a nettement régressé, et contre l'ulcère qui ne s'est plus manifesté depuis deux ans et demi.

Deux autres de nos observations présentent encore une particularité : celle de la succession chez le même malade de deux ulcères dont l'un intéressait la deuxième portion du duodénum. Ce fait rejoint celui de la coexistence de deux ou plusieurs ulcères à des niveaux différents ; ils viennent à l'appui des théories modernes qui tendent à orienter la pathogénie des ulcères digestifs vers la notion de maladie ulcéreuse.

Le premier de nos malades a d'abord présenté un ulcère de D_2 puis un autre du bulbe ; chez le second, ce fut l'inverse.

OBSERVATION II

Ors .. Xavier, 44 ans.

Ce sujet consulte en octobre 1950 pour un syndrome douloureux épigastrique. De 1942 à 1945 il a souffert par périodes de quinze jours, trois ou quatre fois par an. Puis les douleurs ont disparu pendant huit années ; elles viennent de réapparaître avec tous leurs caractères bien ulcéreux.

Le malade est intolérant aux graisses, sauces, œufs ; il a quelques pituites bilieuses au réveil.

A l'examen, on trouve une sensibilité de toute la région sous-hépatique avec un signe de Murphy positif.

Au point de vue radiologique, l'estomac est normal ; on note un hyperpéristaltisme antral ; le bulbe est très postérieur et sur le cliché pris en décubitus apparaît une image typique d'ulcère de la deuxième portion du duodénum réalisant bien l'aspect de la perle enfilée. L'évacuation se fait parfaitement.

On prescrit une série de dibromure d'atropine suivie de dix injections de Robuden. On fera ensuite une série de Robuden tous les mois.

Le bon résultat obtenu par cette thérapeutique permit d'espacer progressivement ces séries en les alternant avec des injections d'Oxyferriscorbone sodique. D'octobre 1951 à février 1954, le malade n'eut jamais de douleurs gastriques et les clichés de contrôle faits en 1953 montraient que la niche, quoique persistante, était très atténuée. Cliniquement, le signe de Murphy avait disparu.

Malheureusement, en février 1954, le tableau s'assombrit de nouveau et malgré un traitement régulièrement poursuivi, les douleurs réapparaissent avec un horaire un peu plus précoce. Sur les nouveaux clichés, on a la surprise de découvrir un ulcère bulbaire. Quant à D_2, il est toujours le siège de déformations du type duodénite, mais il faut savoir qu'il y a eu une belle niche sur cette région pour la soupçonner encore.

On reprend le traitement, associant une série de Dibromure d'atropine à de l'Oxyferriscorbone sodique.

Depuis seize mois, ce deuxième ulcère ne s'est plus manifesté cliniquement. Le malade continue à se traiter.

OBSERVATION III

Bel... Emilien, 38 ans.

Ce malade présente depuis 1946 des périodes douloureuses de type ulcéreux. En septembre 1951, il est adressé au Professeur J. Dubarry qui lui découvre un ulcère bulbaire partiellement sténosant. Sous l'influence du traitement, celui-ci cesse de se manifester pendant dix mois, mais en juillet 1952, les douleurs réapparaissent avec les mêmes caractères : elles sont tardives, survenant à 11 h., 17 h., et quelquefois la nuit, cèdent à l'alimentation.

A l'examen, on trouve un abdomen ballonné et une légère sensibilité du carrefour. On pense à une nouvelle poussée évolutive de l'ulcère bulbaire dont le traitement est repris activement avec une série de Dibromure d'atropine suivie de séries de Robuden régulièrement espacées.

Après une sédation temporaire, le syndrome douloureux reprend en avril 1953 avec une intensité accrue. On fait un nouvel examen radiographique. Celui-ci apporte une surprise. Il n'y a plus trace de l'ulcère bulbaire, mais par contre on découvre une image typique d'ulcère de la deuxième portion du duodénum. Celle-ci a en effet un aspect « en ficelle » dessinant un angle ouvert en dedans avec au sommet une niche assez volumineuse. Une dilatation atonique de la partie inférieure de D_2 suit le rétrécissement (Fig. 1). L'évacuation de l'estomac se fait bien.

Le traitement est alors renforcé par des injections d'Oxyferriscorbone sodique.

Fig. 1

Pour terminer cette étude étiologique, il conviendrait de déterminer au moins la cause immédiate de la localisation de l'ulcère sur le deuxième duodénum, si souvent respecté contrairement à la petite courbure et au bulbe. A l'état normal, la muqueuse duodénale est protégée par les sucs alcalins pancréatico-biliaires, ainsi que l'ont prouvé les expériences de MANN et WILLIAMSON. Bien que cette sécrétion ne se déverse qu'à la partie moyenne de D_2 au niveau de l'ampoule de Vater, il a été prouvé qu'il existe un certain reflux qui pourrait même franchir le pylore. Ce reflux permet au liquide bilio-pancréatique d'étendre sa protection au moins à l'ensemble de D_2. Sous l'influence d'une dyskinésie duodénale ou surtout d'une insuffisance de la sécrétion biliaire liée elle-même à une dyskinésie de la vésicule ou de ses voies excrétrices qui rempliraient mal leur fonction de chasse au moment de la digestion, le reflux

et la protection de la muqueuse en amont de l'ampoule de Vater ne seraient plus réalisés. Nous verrons en étudiant les manifestations cliniques de l'ulcère de la deuxième portion du duodénum que les troubles vésiculaires y sont nombreux et fréquents. CAROLI et COUZINET qui ont étudié la « participation biliaire » au cours des ulcères duodénaux en général, ont relevé la fréquence de cette participation ; en s'aidant de la cholécystographie, de l'angiocholécystographie, du tubage minuté et de la radio-manométrie biliaire per et post-opératoire, ils ont mis en évidence des hypertonies vésiculaires à type de cervicocystites, des infundibulites, des hyperkinésies vésiculaires, enfin des cholédocites et des oddites.

Il est couramment admis que ces manifestations sont secondaires à l'ulcère. Ne faut-il pas plutôt penser que ce sont elles les principales fautives et que l'ulcère de D_2 n'est qu'une de leurs conséquences ? La précession nette de petites manifestations biliaires, parfois retrouvée, est en faveur de cette hypothèse ; elle est loin d'être constante, mais il faut tenir compte de la latence clinique presque complète de ces dysfonctionnements biliaires dont les petits signes sont vite écrasés sous la symptomatologie fonctionnelle bruyante du syndrome ulcéreux.

Les ulcères de D_2 rentreraient alors dans la classe pathogénique de l'ulcère-syndrome, à l'exception de quelques-uns, tels ceux qui s'associent à d'autres locasitations, que l'on pourrait placer dans le cadre de l'ulcère-maladie.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — SIEGE ET FORMES ANATOMIQUES DE L'ULCERE

La deuxième portion du duodénum, verticale et descendante, est paravertébrale droite de L_1 à L_4. Elle s'étend du col de la vésicule biliaire à la partie inférieure de la tête du pancréas. Faisant suite au genu superius qui, anatomiquement, n'en fait pas partie, elle se continue par la troisième portion qui forme avec elle un angle de 90°. L'ampoule de Vater, située sur la face interne de D_2 occupe généralement son tiers moyen et permet de distinguer un segment sous-vatérien et un segment sus-vatérien.

C'est d'habitude sur celui-ci que siège l'ulcère. D'après CALLANDRY qui a étudié tous les comptes rendus opératoires ou nécropsiques qu'il a pu retrouver, ce sont les faces interne et postérieure qui sont ordinairement touchées. Les faces antérieure et externe sont rarement atteintes. Il a trouvé quelquefois la lésion au voisinage immédiat de l'ampoule de Vater, une fois seulement au-dessous. Dans l'un de nos cas, l'examen radiolo-

gique était également en faveur du siège sous-vatérien de l'ulcère. Il faut retenir que ce sont les parois les plus difficiles à explorer qui sont le plus fréquemment intéressées.

Du point de vue anatomo-pathologique, on peut retrouver sur la deuxième portion toutes les variétés anatomiques d'ulcères que l'on rencontre au niveau de l'estomac et du bulbe, mais c'est l'ulcère chronique à évolution fibreuse qui est le plus fréquent. Une zone scléreuse de plus en plus épaisse entoure la perte de substance ; au fur et à mesure que l'ulcère progresse, celle-ci s'étend et se soude aux organes avoisinants. De cette façon le fond de l'ulcère peut dépasser les tuniques duodénales, atteindre le foie, la vésicule ou, beaucoup plus souvent, le pancréas, sans entrer en communication avec la cavité péritonéale.

A ce stade, les bords de l'ulcère ne présentent plus les gradins caractéristiques de l'ulcère jeune ; ils sont égalisés par la sclérose. La perte de substance revêt la forme d'un cratère qui paraît taillé dans un bloc fibreux. C'est l'aspect caractéristique de l'ulcère calleux.

Enfin, il faut remarquer l'hypervascularisation de toute la région intéressée par l'ulcus. Elle nécessite comme le fait remarquer le Docteur G. Dubourg, une hémostase soigneuse en cours d'intervention.

II. — RAPPORTS AVEC LES ORGANES VOISINS

Les rapports anatomiques que la seconde portion du duodénum contracte avec les organes voisins font comprendre les conséquences que peut avoir cette localisation de l'ulcère. En avant et à gauche, elle est recouverte par le canal pylorique qui retombe sur elle, et est intimement unie à ce niveau à la tête du pancréas. Elle est abordée à mi-hauteur par le cholédoque et le canal de

Wirsung qui viennent s'ouvrir dans l'ampoule de Vater. Un peu plus haut débouche le canal de Santorini. A droite enfin, la deuxième portion est en rapport direct avec le foie où elle creuse son empreinte.

Tous ces organes peuvent être le siège de différentes réactions. Dans tous les cas, il existe une inflammation considérable qui déborde largement la zone ulcéreuse, intéresse la première et la deuxième portion du duodénum, le péritoine de la région, la tête du pancréas, souvent la vésicule et l'angle hépatique du colon. Puis des adhérences se forment qui peuvent réaliser les dispositions les plus variées entre le duodénum, la vésicule et le pancréas ; plus exceptionnellement l'angle hépatique du colon peut être englobé. Les néoformations péritonéales peuvent même s'étendre bien au-delà et venir intéresser le pylore, l'estomac, la face inférieure du foie, le pédicule hépatique.

Sur les ulcères jeunes, les adhérences sont vélamenteuses, assez laches, elles peuvent être facilement rompues. Mais peu à peu, elles s'organisent, deviennent très denses, formant entre les divers organes qu'elles réunissent, des feutrages fibreux à travers lesquels il est souvent difficile de retrouver le contour normal des divers viscères.

Il faut insister sur la fréquence très grande avec laquelle l'ulcère creuse dans le pancréas, déterminant un noyau de pancréatite. Enfin, si la lésion siège non loin des orifices du canal cholédoque et du canal de Wirsung, le processus cicatriciel peut donner lieu à l'occlusion d'un, ou plus souvent, des deux conduits.

Il faut retenir essentiellement de cette étude anatomique de l'ulcère de la deuxième portion du duodénum, son évolution habituelle vers l'ulcus calleux, sa tendance térébrante dans le pancréas et la constance de l'inflammation péri-ulcéreuse qui accole, bride et englobe, au point que lorsque l'ulcère est ancien, il prend parfois un aspect pseudo-néoplasique.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

Si l'on ne devait retenir qu'une chose de l'expression clinique des ulcères de la deuxième portion du duodénum, ce serait qu'ils se traduisent à peu près toujours par un syndrome ulcéreux. Sur nos 22 observations, 20 en effet permettaient de soupçonner sur la seule histoire du malade, l'existence d'un ulcère digestif.

On pourra s'étonner que les premières études consacrées à notre sujet aient affirmé le contraire. Ainsi TOYE-LAZARIN en 1937 ne trouvait qu'un tiers de formes typiques sur 30 cas. Peut-être faut-il voir dans cette différence la conséquence de la généralisation de la radiographie au cours de l'examen des douloureux épigastriques. Il n'y a pas si longtemps, lorsque la clinique ne laissait aucun doute sur le diagnostic d'ulcus, on n'estimait pas indispensable de localiser la lésion ; tout au plus faisait-on un examen radioscopique qui apportait en confirmation quelques signes indirects tels que l'hyperkinésie gastrique ou la déformation du bulbe duodénal. Si d'aventure le malade était confié au chirurgien et que celui-ci ne trouvait rien à l'intervention au niveau des zones habituellement atteintes par la maladie ulcéreuse, on concluait à une erreur de diagnostic ou à une réparation anatomique de l'ulcus entre deux poussées

évolutives. La prise de clichés était réservée aux cas douteux, où cliniquement, il était difficile de prendre parti.

Depuis quelques années, au contraire, plusieurs auteurs, notamment GUTMANN et HILLEMAND ont insisté sur le fait que la séméiologie habituelle de l'ulcère post-bulbaire est dans la majorité des cas absolument comparable à celle des ulcus de la petite courbure ou du bulbe duodénal. Mais le caractère particulier à cette localisation est que dans bien des cas, le syndrome ulcéreux n'existe pas seul ; souvent le malade vient consulter pour des troubles qui attirent l'attention vers sa vésicule ou son intestin. Le principal écueil à éviter dans ces cas est de ne s'intéresser qu'à ces symptômes associés et de négliger la recherche systématique de douleurs périodiques dont le malade oublie de parler parce qu'elles sont si faibles ou tellement espacées ! Il est absolument fondamental dans de telles formes cliniques de pousser l'interrogatoire dans ce sens, car le soupçon d'un ulcère digestif amènera à pratiquer le seul examen capable de permettre le diagnostic : l'étude radiologique de l'estomac et du duodénum.

Nous étudierons d'abord les formes que peut prendre le syndrome ulcéreux dans l'ulcère de la deuxième portion du duodénum, en signalant pour terminer la variété à symptomatologie non ulcéreuse, rare mais certaine. Puis, nous verrons les manifestations cliniques parfois associées, dues à la réaction des organes voisins.

A. — LE SYNDROME ULCEREUX DANS L'ULCERE DE LA DEUXIEME PORTION DU DUODENUM

Nous l'avons donc retrouvé 20 fois dans nos 22 observations, soit dans la proportion de 90 %. De même les 10 cas récemment publiés par FASSIO et 6 des 8 que rapportent WARMOES et PENNEWAERT le présentaient de façon évidente. D'autre part, en reconsidérant les 30 observations de GUTMANN publiées

dans la thèse de Toye-Lazarin, nous l'avons trouvé 22 fois soit seul, soit combiné dans différentes formes cliniques.

1. - Forme ulcéreuse typique

Le plus souvent, l'histoire de la maladie est très suggestive. On retrouve depuis plusieurs années des périodes de durée variable au cours desquelles le sujet souffre deux ou trois fois par jour suivant un rythme réglé par les repas. L'alimentation calme généralement les douleurs ; entre les poussées la sédation est d'habitude complète.

Il est un peu illusoire de rechercher quelques caractères spéciaux qui permettraient de soupçonner la localisation de l'ulcère sur le duodénum descendant. La longueur des phases douloureuses, aussi variable que celle des intervalles libres qui les séparent, n'a rien de particulier. Pas plus que le type de la douleur qui réalise habituellement une crampe ou une sensation de torsion, plus rarement une brûlure ou une simple pesanteur. Son siège, s'il est parfois nettement à droite sous le rebord costal ou même plus bas dans la région paraombilicale, reste le plus fréquemment épigastrique ; quant aux irradiations, il est impossible de les systématiser. Seul l'horaire souvent très tardif de la douleur peut éveiller parfois l'attention : la plupart de nos malades souffraient quatre heures après les repas, certains plus tard encore, mais à l'inverse, il faut dire que quelques autres entraient en crise de façon relativement précoce.

Il n'est d'ailleurs pas utile de rechercher des subtilités dans tel ou tel caractère de ce syndrome. L'essentiel est de le reconnaître ; sachant qu'il existe un ulcère, on confiera à la radiologie le soin de le localiser.

Existe-t-il d'autres signes fonctionnels que la douleur ? Aucun n'est constant. Les vomissements, le pyrosis n'existent que dans quelques cas. Par contre la constipation nous a paru particulièrement fréquente.

On pourra noter également quelques petits symptômes, intolérances alimentaires, nausées, céphalées, etc., qui traduisent déjà un certain retentissement sur les organes voisins, en particulier les voies biliaires. Mais en aucun cas, ils ne suffiront à éclipser l'allure franchement ulcéreuse de la maladie qui sera facilement reconnue.

L'examen clinique en période de crise ou non, n'apporte pas de grandes précisions. Quelquefois, il n'existe même pas de point douloureux. Habituellement, la palpation réveille une sensibilité plus ou moins grande, mais qui, le plus souvent, est diffuse à l'ensemble de la région sous-hépatique ; dans les cas où elle siège en un point précis, celui-ci peut se trouver n'importe où à droite, entre le rebord costal et la fosse iliaque. Plus que son siège, c'est sa constance à des examens successifs qui peut éveiller l'attention. Parfois cependant, on a noté une tension légère, mais indiscutable du grand droit du côté droit dans sa partie supérieure. Le Professeur J. DUBARRY attache une très grosse valeur à la constatation de ce signe, malheureusement inconstant, en faveur du diagnostic d'ulcère, plus habituellement duodénal.

Quant à l'état général, il n'est atteint que si la maladie évolue depuis de longues années avec des crises douloureuses intenses groupées en périodes rapprochées empêchant le malade de s'alimenter convenablement. En règle, si le sujet maigrit pendant la poussée ulcéreuse, il a tôt fait de reprendre les kilos perdus lorsque le prochain intervalle libre survient.

16 de nos malades (73 %) se sont présentés avec un syndrome ulcéreux évident. Nous reproduisons ici 6 observations où ce syndrome existait presque pur.

OBSERVATION IV

Bel... Pierre, 45 ans.

Depuis 7 à 8 ans, cet homme se plaint de douleurs épigastriques en barre, à caractère de crampes évoluant par périodes d'une semaine tous

les trois à six mois. Elles surviennent à 11 heures et 17 heures et sont calmées par les repas. Les périodes douloureuses ont tendance à s'allonger ; l'avant-dernière, survenue en octobre 1953, a duré 20 jours ; la période actuelle (février 1954) en est à son quinzième jour.

L'appétit est moyen ; il se plaint de ballonnement sus-ombilical, de pyrosis et de céphalées fréquentes.

Il a maigri de huit kilos en six mois, est nerveux, mais dort assez bien.

A l'examen, le carrefour sous-hépatique est sensible.

L'examen radiologique montre un estomac plutôt hypertonique, un bulbe normal ; il y a une grosse duodénite de D_2 et vers le milieu de cette portion apparaît l'image caractéristique : la niche située au sommet de l'angle formé par deux segments duodénaux rétrécis. L'évacuation est bonne.

Le traitement mis en œuvre comprend des injections intra-veineuses d'Antal, de l'Oxysferriscorbone sodique avec autohémothérapie et des plâtrages. Par la suite, on fera plusieurs séries de Paratyrone.

En juin 1955, le malade est très bien. Il n'a plus jamais souffert et continue à prendre les plâtrages qui calment instantanément les rares aigreurs qu'il a parfois. Il a repris son poids normal et même au-delà. Les clichés de contrôle montrent une légère amélioration radiologique. L'estomac est toujours hypertonique, il y a une antroduodénite marquée et D_2 apparaît en baïonnette, mais il n'y a plus qu'un vestige de niche au niveau de la coudure.

Le traitement médical est poursuivi à raison de trois séries d'Oxyferriscorbone en injections intra-musculaires dans l'année, plus les pansements gastriques alternés avec la prise de tablettes de réglisse. La latence clinique se poursuit depuis 16 mois.

OBSERVATION V

Gre... Gabrielle, 72 ans.

Cette femme est hospitalisée en mars 1955 dans le service du Professeur J. Dubarry. Depuis une dizaine d'années, elle présente des crises douloureuses du creux épigastrique évoluant par périodes de deux à trois mois séparées par des intervalles calmes très longs : deux à trois ans. La douleur est une sensation de torsion extrêmement violente, siégeant légèrement à gauche ; elle survient à 11 heures, 18 heures, rarement vers 1 heure du matin et persiste jusqu'au repas suivant qui la calme. Des vomissements alimentaires et bilieux sont fréquents lors des crises ; ils amènent une sédation notable.

La malade conserve bon appétit, mais évite certains aliments : graisses, fritures, charcuterie, choux, féculents. Elle a des nausées fréquentes et est très constipée en période douloureuse.

A l'examen, la région du carrefour sous-hépatique est très sensible, l'abdomen est météorisé.

Les clichés montrent à l'évidence un énorme ulcère de la deuxième portion du duodénum (Fig. 2).

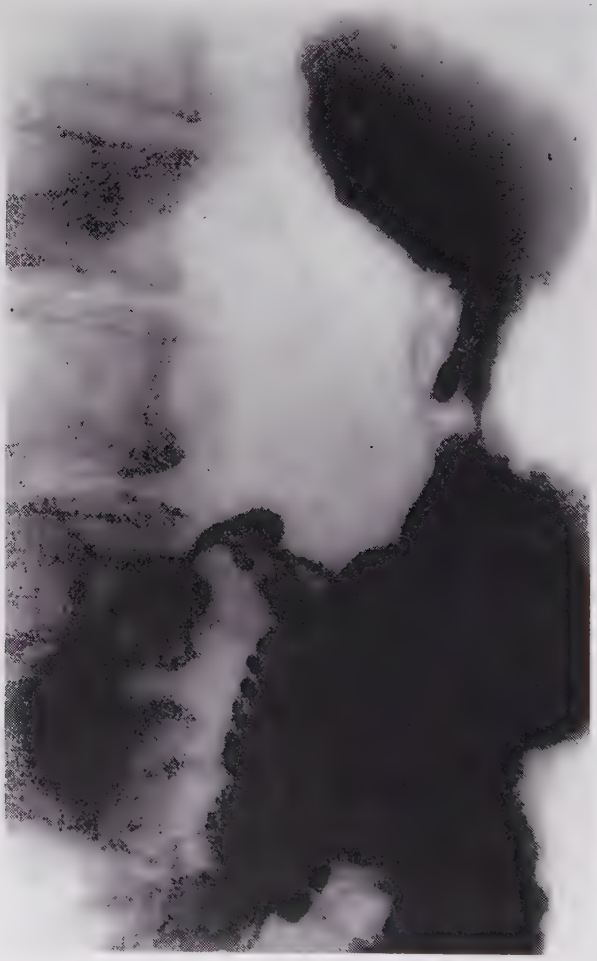

Fig. 2

La grosseur de la niche laissait présager que cet ulcère était perforé-bouché dans le pancréas, difficilement extirpable. De plus, en raison de l'âge de cette femme, il était préférable d'essayer un traitement médical

qui s'avéra heureusement efficace en coupant net la période douloureuse. La malade reçut une série de Dibromure d'atropine couplée avec de l'Oxyferriscorbone sodique et de l'auto-hémothérapie. Elle prit en outre des tablettes de réglisse. A sa sortie de l'Hôpital, on lui recommanda de continuer la prise régulière de ces tablettes et de refaire tous les deux mois une série d'Oxyferriscorbone.

OBSERVATION VI

M. Lab..., 58 ans, homme politique.

Ce malade vu en 1939, souffre de l'estomac depuis 15 ans. La douleur évolue par poussées de 6 à 8 semaines entre lesquelles il passe un à trois mois parfaits. Son type a varié avec les années : autrefois c'étaient essentiellement des fringales et des brûlures, en 1939, ce sont des sensations de torsion violente occupant le creux épigastrique et irradiant de façon transfixiante vers le dos. Mais l'alimentation a toujours apporté une sédation et l'horaire est resté le même : 16 heures, 1 h. 30 de la nuit et quelquefois 11 heures du matin. Récemment des vomissements alimentaires et bilieux sont apparus. En mauvaise période, le malade est constipé.

L'examen est entièrement négatif, mais les clichés montrent un estomac très hypertonique avec une poche à air minime et sur la deuxième portion du duodénum, spasmée, apparaît une petite niche signant la présence d'un ulcère à ce niveau.

On prescrit un traitement par l'histamine associée à des pansements gastro-intestinaux et au collargol per os. Trois mois plus tard, le malade est grandement amélioré. Incarcéré à Fresnes en 1944, sa femme vient demander au Professeur J. Dubarry un certificat précisant sa lésion digestive. Elle lui apprend que le malade n'a eu que des périodes douloureuses bénignes et espacées.

OBSERVATION VII

Per... Jean, 66 ans, colonel de réserve.

Cet homme consulte en juillet 1951, mais ses troubles remontent à 1935. Depuis cette date, chaque année, de mai à octobre environ, il a souffert de l'estomac trois à quatre heures après les repas. A signaler une période qui débuta le 14 mai 1940, le jour même où son régiment dut faire front aux attaques allemandes des Ardennes, influence du facteur émotif plus que simple coïncidence. La période actuelle a débuté en fin avril ; elle est extrêmement douloureuse ; il souffre continuellement, mais

avec des renforcements aux mêmes heures qu'autrefois. Depuis quelques jours, il vomit à minuit et parfois vers midi ; cela le soulage temporairement.

L'appétit est bon, sauf pendant les phases douloureuses où le malade est également très constipé.

L'examen ne révèle qu'une sensibilité marquée de la région sous-hépatique.

Sur des clichés pris deux mois auparavant, on voit un ulcère de la deuxième portion du duodénum ; l'image est caractéristique avec la niche occupant le sommet, externe, de l'angle formé par deux segments duodénaux rétrécis, le supérieur étant réduit à l'épaisseur d'un fil (Fig. 3). Les films du Professeur Dubarry faits sous atropine montrent la même image,

Fig. 3

mais on obtient un élargissement du calibre duodénal, plus marqué sur la fin de D_2 et sur D_3, ce qui donne à l'ensemble du duodénum un aspect beaucoup plus souple.

On commence le traitement par une série de Dibromure d'atropine suivie de Paratyrone. On conseille au malade de faire régulièrement par la suite une série d'Oxyferriscorbone sodique tous les deux mois.

Il n'a pas suivi ce conseil. Pendant deux ans et demi, l'ulcère ne s'est pas manifesté, mais en septembre 1954 il a refait une poussée typique.

Il faut regretter que ce sujet ait abandonné trop tôt le traitement qui semblait pourtant devoir aboutir à un excellent résultat, puisqu'un contrôle radiologique effectué en mai 1952 avait montré la persistance de la duodénite avec une zone plus étroite au niveau de la partie haute de D_2, mais la niche elle-même n'était plus guère visible.

OBSERVATION VIII

Mme S. Av..., 50 ans.

Cette femme souffre de l'estomac depuis 12 ans lorsqu'elle vient consulter en 1950. Depuis 1938, en effet, elle présente chaque année une période d'un mois et demi à deux mois au cours de laquelle une douleur à type de crampe survient à heures fixes : 11 heures et 16 heures. L'alimentation la calme généralement.

La malade a bon appétit mais est toujours très constipée. Son état général est médiocre, elle a maigri considérablement, ne pesant plus que 39 kilos. C'est une dystonique neuro-végétative et son état l'inquiète beaucoup.

L'examen, outre cette nervosité montre un carrefour sous-hépatique sensible, un léger clapotis gastrique quatre heures après le repas et du météorisme abdominal.

L'examen radiologique montre un estomac normal. Par contre, il existe une duodénite importante au niveau de D_1 et de D_2 et sur cette deuxième portion très spasmée apparaît à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen l'image d'une niche de forme étoilée. L'évacuation est bonne.

On traite cet ulcère par plusieurs séries d'histamine et des plâtrages.

L'amélioration n'est pas immédiate, et cette femme, grande nerveuse, en est très inquiète. Heureusement, en adjoignant au traitement quelques sédatifs, le succès finit par se dessiner. En juin 1955 il se poursuit : depuis 5 ans on n'a pas observé de nouvelle poussée douloureuse et la malade a repri 14 kilos.

OBSERVATION IX

M. Vid..., 32 ans.

Ce malade consulte en août 1944. Depuis 18 mois, il a eu à trois reprises des douleurs de l'hypocondre droit qui ont persisté 10 à 30 jours. Au printemps de 1936, une phase douloureuse analogue s'était déjà produite. La douleur est à type de crampe, naît légèrement à droite dans l'hypochondre et de là irradie dans l'épaule droite et les deux flancs. Les

crises surviennent toujours à 11 heures, 17 heures et 3 heures du matin. L'alimentation les calme.

L'appétit est resté intact, l'état général n'est pas touché.

A l'examen, on trouve un certain degré de tension de la paroi abdominale du côté droit.

L'examen radiologique montre l'image typique, en perle enfilée, d'un ulcère de D_2.

On fait trois séries d'histamine. Rapidement le malade est très amélioré et on lui conseiller de continuer le même traitement. Mais se croyant guéri, il l'interrompt rapidement. Pendant quatre ans, cela n'a pas de conséquence fâcheuse, mais en novembre 1948, il souffre à nouveau pendant 15 jours. Les nouveaux clichés montrent la persistance de l'image ulcéreuse. Le traitement est repris sous forme cette fois de séries de Paratyrone et de pansements gastro-intestinaux.

L'année suivante, une nouvelle poussée amène à faire une série de peptone de caséine suivie de plusieurs séries d'histidine.

Nous avons revu ce malade en juin 1955. Depuis 1949, il n'a plus eu une seule période ulcéreuse ; il signale tout au plus en 1953 quelques légères aigreurs que la prise de bismuth a fait disparaître en quelques jours.

2. - Forme ulcéreuse fruste

Nous rangeons sous ce titre les cas où le syndrome ulcéreux présente une atypie qui en rend le diagnostic difficile. Il en fut ainsi chez quatre de nos malades. L'atypie peut marquer :

— le caractère des douleurs : qui peuvent être tellement atténuées que leur groupement ne donne plus, selon l'expression de GUTMANN, des « équivalents de poussées ». Le malade ne s'en inquiète pas, et brusquement survient une complication qui semble être la première manifestation de la maladie (Obs. XXII).

— leur siège : quand il n'est pas épigastrique mais dorso-lombaire, abdominal, thoracique, on risque de les rapporter à la souffrance d'un organe tout à fait hors de cause : combien d'ulcéreux ont été opérés pour appendicité ! Nous rapportons une observation où la douleur était ainsi bas-située dans l'abdomen (Obs. XII).

— leur horaire : une anomalie importante à connaître, car bien souvent elle fait écarter à tort le diagnostic d'ulcus est la douleur précoce survenant immédiatement ou dix à vingt minutes après le repas (Obs. X). Ces faits sont peut-être en rapport avec une évacuation gastrique très rapide.

— leur périodicité : Dans les trois cas précédents, le fil conducteur permettant de rattacher les troubles à l'ulcus était la périodicité. Si celle-ci manque, le diagnostic clinique devient fort problématique. Sa notion peut cependant faire défaut : d'abord si l'ulcère en est à sa poussée initiale ; ensuite si la période précédente est tellement lointaine que le malade en a perdu tout souvenir, au moins spontané. C'est dire dans ce cas, l'importance qu'il faut attacher à des troubles dyspeptiques banaux survenus il y a dix ou douze ans et même plus, s'ils ont cédé spontanément au bout de quelques semaines ou mois (Obs. XXII).

Dans d'autres cas enfin, le sujet souffre depuis longtemps, mais au premier abord, on ne voit pas d'interruptions dans l'évolution de cette douleur. Il faut alors faire préciser soigneusement le début des troubles et on mettra ainsi souvent en évidence de petits intervalles calmes de quelques jours (Obs. XI).

Les trois observations suivantes ainsi que l'observation XXII citée au chapitre des complications illustrent bien tous ces faits.

OBSERVATION X

Mei... Yves, 21 ans.

Cet étudiant en médecine vient voir le Professeur Dubarry en novembre 1949. Il a commencé à souffrir de l'estomac en juin pendant trois semaines environ. Puis tout s'est calmé, mais les douleurs ont maintenant repris depuis quinze jours. Elles sont peu intenses, mais ce début d'évolution périodique l'a inquiété. Le matin, aussitôt après le petit déjeuner, il éprouve pendant un quart d'heure à une demi-heure une sensation de malaise gastrique accompagnée de nausées. Dans le courant de l'après-

midi, il ressent parfois des brûlures, surtout s'il a pris certains aliments tels que : huîtres, choux, œufs, vin blanc. La soirée se passe bien, la nuit également.

Il a bon appétit, digère bien en général, ses selles sont normales avec quelquefois cependant tendance à la diarrhée. Il fume beaucoup et mange vite.

A l'examen on le trouve pâle et abattu ; le foie est normal, mais on note un signe de Murphy positif et une douleur assez bien localisée au point duodénal.

L'examen radiologique montre un estomac du type hypertonique. Sur les séries duodénales, on voit un ulcère de la deuxième portion absolument typique, avec une niche bien injectée située sur la coudure d'un segment duodénal filiforme.

On le traite par l'histamine et un cholagogue doux, la participation biliaire étant légère mais nette. Les crises disparaissent très rapidement. Depuis 6 ans l'ulcère ne s'est pas manifesté. De nouveaux clichés faits en juillet 1955 montrent la persistance d'une duodénite segmentaire, mais la niche n'est que soupçonnée sur l'un d'eux.

OBSERVATION XI

Ber... Edmond, 54 ans.

Cet homme qui consulte en septembre 1954 souffre de l'estomac depuis trois ans. La douleur est continue, dit-il, mais un interrogatoire soigneux révèle que pendant les deux premières années, elle a évolué par périodes de 15 jours séparées d'intervalles libres n'excédant pas deux ou trois jours. Il s'agissait de crampes épigastriques survenant deux à trois heures après le petit déjeuner et le repas de midi, et qui persistaient jusqu'au repas suivant. Maintenant, il souffre tous les jours et les repas n'amènent plus de sédation.

L'appétit est resté bon, mais le malade, diabétique, doit se restreindre : il a vomi plusieurs fois. Une selle par jour mais molle, en bouse, cela depuis un séjour au Moyen-Orient en 1920, où il a présenté un syndrome dysentérique dont la preuve amibienne n'a pas été faite.

Il a maigri de 7 kilos en deux mois, dort très mal, est extrêmement nerveux.

Il est diabétique depuis 5 ans et en outre est atteint de lithiase rénale gauche.

A l'examen on trouve un signe de Murphy et une légère défense au niveau du grand droit à droite.

L'examen radiologique décèle une image caractéristique d'ulcère de D_2. L'évacuation est assez bonne.

On fait une série de 30 injections de peptone de caséine suivie de la prise régulière de tablettes de réglisse.

Ce malade qui souffrait depuis trois ans presque sans interruption, a vu ses douleurs disparaître presque immédiatement. En juin 1955, il se porte à merveille.

OBSERVATION XII

Cam... Pierre, 39 ans.

En 1948, ce malade a souffert tous les jours pendant 20 jours. Il s'agissait de douleurs péri-ombilicales à type de coliques irradiant vers le bas-ventre et quelquefois vers le dos ; elles avaient un rythme précis dans la journée survenant à 11 heures, 16 heures, 23 heures. L'alimentation les calmait. Par la suite, il a eu plusieurs périodes douloureuses très écartées les unes des autres et très courtes : 3 à 5 jours. Mais les caractères et l'horaire de la douleur restaient identiques.

Actuellement (janvier 1953) il souffre tous les jours depuis un mois, surtout le matin vers 11 heures et vers minuit. Les douleurs sont moins fortes qu'en 1948 et parfois elles sont épigastriques, mais toujours avec cette irradiation vers le bas-ventre et en ceinture vers le dos.

Il a bon appétit mais a vomi plusieurs fois depuis un mois. Constipé habituel, il prend des laxatifs.

A l'examen, on observe un léger clapotement gastrique 4 heures après le repas de midi. L'examen radiographique montre un estomac normal, mais sur les séries duodénales on remarque une niche, petite mais très nette, sur une deuxième portion filiforme (Fig. 4). L'évacuation gastrique reste bonne.

On fait une série de Dibromure d'atropine, puis des séries de Paratyrone.

Revu un an plus tard, le malade paraît très amélioré. Au bout de trois semaines, les douleurs ont disparu et depuis il va très bien ne

Fig. 4

signalant qu'un début de poussée déclenché par un changement de vie et l'abandon du régime pendant les vacances, alerte qui n'a pas duré.

Sur les clichés de contrôle, la duodénite persiste, mais il y a une nette amélioration car ce n'est qu'avec difficulté que l'on devine la niche ulcéreuse. On poursuit le traitement avec des séries alternées de Paratyrone et de Robuden.

3. - Forme ulcéreuse camouflée

Il est enfin des cas où le malade se présente tout autrement qu'un ulcéreux. Tantôt c'est une symptomatologie biliaire qui occupe le devant de la scène, tantôt c'est un ictère par rétention à propos duquel on discute une étiologie lithiasique ou cancéreuse. L'ulcère de la deuxième portion du duodénum, en raison de sa relative rareté, ne sera généralement pas évoqué devant de tels syndromes. Mais si on se fait une règle d'analyser avec soin les douleurs de ces malades au lieu de les attribuer d'emblée à une lithiase vésiculaire ou cholédocienne, on s'apercevra bien souvent qu'elles ont des caractères qui les rapprochent d'une douleur ulcéreuse. Il n'en faudra pas plus pour déclencher l'examen radiologique qui confirmera le diagnostic entrevu et expliquera par la localisation sur le deuxième duodénum la symptomatologie bizarre que prenait cet ulcère.

Nous trouverons en étudiant les manifestations d'origine pancréatique des ulcères de D_2 un exemple particulièrement instructif de ces formes ulcéreuses camouflées (Obs. XVII).

4. - Forme non ulcéreuse

Nous ne l'avons observée que deux fois ; la première chez un sujet qui cliniquement était un biliaire (Obs. XIV), la seconde chez un malade dont on trouvera l'observation au chapitre des manifestations intestinales de l'ulcère de la deuxième portion du duodénum (Obs. XVIII). Ce sujet présentait, en effet, une diarrhée chronique liée à une colite de fermentation. Encore faut-il remarquer l'évolution de cette colite par poussées, sans doute liées aux périodes évolutives de la maladie. Comby, Viviani ont également rapporté des observations où l'ulcère ne s'est manifesté qu'indirectement par un ictère ou des signes d'insuffisance pancréatique.

A côté de ces formes qui empruntent leur séméiologie à la réaction des organes en rapport avec la deuxième portion du

duodénum, il faut signaler l'existence d'ulcères tout à fait latents, révélés par une complication brutale. Ils paraissent heureusement rares.

TATIBOUET a relevé quatre cas dans la littérature où une intervention pour péritonite aiguë diffuse avait révélé la perforation d'un ulcère de D_2 en péritoine libre. Dans deux observations de GUTMANN, c'est à la suite d'hématémèses monosymptomatiques qu'un tel ulcère fut découvert.

B. — LES MANIFESTATIONS CLINIQUES ASSOCIEES

Les rapports anatomiques que la seconde portion du duodénum contracte avec les organes voisins (vésicule biliaire, tête du pancréas, canal cholédoque, canaux pancréatiques) expliquent les conséquences que peut avoir cette localisation de l'ulcère. Si la réaction de ces organes prend rarement un développement clinique suffisant pour reléguer au second plan le syndrome ulcéreux, elle n'en est pas moins très fréquente et importante à connaître. En effet, pour obtenir un résultat thérapeutique satisfaisant, il faudra non seulement instituer un traitement anti-ulcéreux, mais aussi agir sur les troubles associés qui souvent entretiennent la maladie primitive. Les méconnaître, ce serait laisser évoluer parfois un cercle vicieux car s'il est communément admis que c'est l'ulcus qui les provoque, il est possible ainsi que nous l'avons déjà remarqué, que dans certains cas, ce soit leur existence qui favorise l'éclosion de la maladie ulcéreuse. Il faut donc leur accorder la même attention qu'à de véritables complications.

Sept de nos cas (32 %) ont ainsi présenté des symptômes suffisamment nets et nombreux pour permettre de conclure à une participation importante biliaire, pancréatique ou intesti-

nale. Deux fois cette participation existait seule (Obs. XIV et XVIII) ; une fois elle prenait nettement le pas sur les signes propres à l'ulcère (Obs. XVII).

1. - Manifestations d'origine biliaire

Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. Cinq de nos malades présentaient un ensemble clinique qui attirait d'emblée l'attention sur leur vésicule. La première observation a déjà été rapportée (Obs. II). Nous reproduisons plus bas les quatre autres.

On observe essentiellement des ictères et des cholécystites.

1°) *Les ictères :*

Ils peuvent être permanents et reconnaissent alors pour origine un vieil ulcère chronique qui provoque une réaction fibreuse intense soit sur le cholédoque lui-même, soit au niveau de l'ampoule de Vater. Plus rarement, c'est par l'intermédiaire d'une pancréatite chronique que les voies biliaires sont bloquées (cas de Lefèvre). Ces formes obligent à l'intervention.

Beaucoup plus souvent ce sont des ictères ou des subictères transitoires, parfois même fugitifs. Ils accompagnent alors la période ulcéreuse et cèdent avec elle. Ils s'expliquent par l'action mécanique des lésions inflammatoires péri-ulcéreuses. Dans l'un de nos cas (Obs. XVII), l'existence d'un syndrome pancréatique tout à fait net nous a fait attribuer l'ictère à une poussée de pancréatite œdémateuse. Nous le relatons au paragraphe consacré à cette variété de lésions.

Dans tous ces cas la jaunisse s'explique par l'obstruction cholédocienne. Mais quelquefois elle peut être due à une hépatite par voie canaliculaire, une angiocholite. Ainsi chez un malade de Gallart-Mones, il y avait eu des accès de fièvre à 39° avec subictère et finalement un ictère franc fébrile.

2° *Les cholécystites :*

Il n'a pas été signalé à notre connaissance de cholécystite aiguë suppurée au cours d'ulcères du duodénum descendant. Par contre, la cholécystite chronique est fréquence, elle peut même être lithiasique : celui de nos malades qui fut opéré avait une vésicule scléro-atrophique dans laquelle on trouva cinq calculs après que le Docteur DUBOURG eut fait son ablation en même temps que celle de l'ulcus.

La symptomatologie de ces états chroniques est bien connue. Outre le signe de Murphy, les intolérances alimentaires, le réveil lourd accompagné de nausées et de vertiges, les céphalées, la somnolence après les repas avec pesanteur et ballonnement épigastrique, la diarrhée post-prandiale, sont les symptômes les plus intéressants à rechercher, car les crises douloureuses d'origine vésiculaire sont difficiles à distinguer de celles dues à l'ulcus.

Chaque fois que cela sera possible, il sera bon de préciser les lésions par des investigations complémentaires : cholécystographie et tubage minuté surtout. On pourra ainsi mettre quelquefois en évidence des hypertonies et des hyperkinésies vésiculaires qui sont sans doute liées à la nécessité de forcer le cholédoque rétréci ou enflammé, mais qui parfois peuvent être primitives.

Enfin, il convient de rappeler que tous ces états biliaires, lorsqu'ils ont poursuivi leur évolution depuis un certain temps, finissent par amener une souffrance du parenchyme hépatique qui ne manquera pas de mettre elle aussi sa note dans le tableau clinique. MAC-CARTY a même admis, après constatation d'un cas, qu'un ulcère situé aux environs de l'ampoule de Vater pouvait être à l'origine d'une cirrhose. Sans doute est-ce là une opinion bien outrancière ; nous n'avons pas observé de cas comparable, mais il existait souvent chez nos malades, une légère hypertrophie hépatique.

OBSERVATION XIII

Buis... Charles, 46 ans.

Consulte en février 1954 pour des douleurs sous-costales droites qui persistent depuis 7 à 8 ans. Chaque année le syndrome douloureux débute en novembre pour ne disparaître qu'en juin. L'été il se porte très bien. Il s'agit d'ailleurs plutôt d'une sensation de gêne, mais qui a un horaire bien net, tardif : 10 heures, 16 heures, 1 heure du matin. Elle est calmée par l'alimentation.

L'appétit est bon, mais le malade ne tolère pas de nombreux aliments : sauces, bouillon gras, œufs, féculents, chocolat, vin blanc. Il a le réveil des biliaires, parfois des vertiges, et souvent une céphalée frontale. Pas de vomissements ni de nausées.

Il a pris divers cholagogues sans que ces médicaments l'aient amélioré. L'état général reste bon.

A l'examen, teint cholémique manifeste avec subictère conjonctival ; sensibilité du carrefour, foie légèrement augmenté de volume (14 cm.).

Le taux du cholestérol sanguin est de 2 gr. 30 p. 1.000 ; le taux de l'urée sanguine de 0 gr. 34 p. 1.000.

L'examen radiologique montre un estomac normal. Par contre, le bulbe est volumineux comme s'il y avait un obstacle en aval et au-delà, la moitié supérieure de D_2 est escamotée. Seule apparaît une tache ovalaire, régulière, constante, qui correspond à une niche ulcéreuse. L'évacuation est bonne.

On se trouvait donc en présence d'un sujet qui présentait d'une part un ulcère de la deuxième portion du duodénum et d'autre part un état hépato-biliaire manifeste avec le subictère, les troubles du réveil et les intolérances alimentaires caractéristiques de cette catégorie de malades.

Un traitement mixte fut institué : on combina des injections de Paratyrone avec d'autres de Sodothiol, et la prise de pansements gastriques avec celle de granules de Sulfarlem.

OBSERVATION XIV

Dou... Robert, 33 ans.

Ce malade qui vient consulter en avril 1953 se plaint depuis deux ans de douleurs abdominales qui sont de deux types différents : d'une part des brûlures gastriques, d'autre part des coliques diffuses dans tout l'abdomen.

Les brûlures sont apparues en janvier 1951. Elles étaient épigastriques et survenaient une heure après le repas de midi pour ne disparaître que

le soir. Cet état persista toute l'année, les brûlures revenant presque tous ls jours. Des injections d'histamine eurent un excellent résultat : il ne souffrit plus que de façon isolée et sous l'influence déclenchante de certains aliments. Mais depuis quelques semaines, les brûlures ont tendance à revenir plus souvent.

Les coliques apparurent vers avril 1951, trois à quatre mois après les brûlures gastriques. D'emblée étendues à l'ensemble de l'abdomen, elles étaient très fréquentes et chacune durait de 2 à 3 jours. Comme ce sujet était depuis 10 ans porteur d'un ténia, son médecin l'en débarrassa grâce à la fougère mâle. Il s'ensuivit une amélioration notable, mais quoique ayant diminué d'intensité, ces coliques persistent encore.

Il existe une intolérance à toute une catégorie d'aliments : graisses, fritures, œufs, choux, féculents. En outre, le malade se plaint d'avoir la bouche et l'haleine mauvaise au réveil ; il se sent à ce moment particulièrement fatigué. Il avait jusqu'à ces derniers temps une à deux selles liquides par jour, mais depuis qu'on l'a déparasité, il est plutôt constipé.

A l'examen, on trouve un signe de Murphy positif.

Sur des clichés pris en 1951, on remarquait un bulbe distendu, ovoïde, comme s'il existait un obstacle en aval. L'examen radiologique fut donc orienté vers la région post-bulbaire et le deuxième duodénum. On découvrit la lésion sur celui-ci : la partie haute de D_2 apparaissait rigide et œdématiée, puis après un coude brusque, devenait franchement rétrécie. A l'union de ces deux segments se trouvait une image étoilée correspondant à une niche ulcéreuse. Le malade reçut des injections de Paratyrone et de Sodothiol, et prit de l'huile d'olive avec les pansements gastriques.

Revu cinq mois plus tard, il allait remarquablement bien. Radiologiquement il y avait aussi une amélioration, car si le bulbe était œdémateux, si la duodénite persistait, une toute petite tache suspendue était le seul vestige de l'ulcère.

Après plus de deux ans, la guérison clinique se maintient.

OBSERVATION XV

Can... Maurice, 28 ans.

Ce sujet qui consulte en avril 1954 est malade depuis cinq ans et a maigri de 13 kilos. Il a d'abord eu des selles pâteuses, puis un an plus tard des douleurs épigastriques groupées en périodes de type nettement ulcéreux. Une symptomatologie biliaire accompagne la période actuelle : au réveil, le malade est pris de vertiges, il a fréquemment des nausées et des pituites bilieuses, sa langue est saburrale ; les vertiges reprennent aussitôt après les repas. Il est devenu intolérant à de nombreux aliments : graisses, charcu-

terie, féculents, œufs, lait, vin blanc, qui déclenchent chez lui des céphalées violentes.

Il vomit parfois ; ses selles sont toujours pâteuses.

A l'examen, le carrefour sous-hépatique est sensible, le foie mesure 16 cm. A 15 heures, il existe un important clapotement gastrique. Les clichés mettent en évidence un ulcère de la deuxième portion du duodénum : en effet, D_2 est le siège d'une grosse duodénite segmentaire spasmodique ; il apparaît globalement rétréci, légèrement coudé, avec une niche sur le bord externe de l'angle ainsi dessiné.

On pratique également une cholécystographie. La vésicule se colore bien, n'est sûrement pas calculeuse, mais est franchement dyskinétique et s'évacue mal. Il ne s'agit pas d'une vésicule paresseuse ; au contraire, elle fait des efforts pour s'évacuer, mais ces efforts sont contrariés par un spasme qui doit siéger sur la fin du cystique, car on devine l'injection du cystique et ce n'est que sur un seul cliché que l'on voit l'évacuation de ce dernier dans le cholédoque.

On fait 30 injections de peptone de caséine et on complète ce traitement par de l'extrait de suc de réglisse et des cholécystokinétiques.

Malheureusement dans les mois qui suivirent, ce malade fit une tuberculose pulmonaire, et il dut abandonner le traitement de son ulcère pour faire une cure sanatoriale. Il est revenu voir le Professeur J. Dubarry le 10 juin 1955. Il est guéri au point de vue pulmonaire, mais depuis janvier, l'ulcère s'est réveillé. Les nouveaux clichés montrent un aspect très superposable à celui constaté auparavant. On vient donc de reprendre le traitement anti-ulcéreux.

OBSERVATION XVI

Cha.. René, 66 ans.

Ce malade adressé en février 1953 au Professeur J. Dubarry souffre de l'estomac par périodes depuis 25 ans. En 1951, le tableau s'est aggravé. Au cours d'une poussée douloureuse, il a fait un melaena de sang rouge, très important, avec état syncopal et anémie marquée. Le même accident s'est reproduit deux fois dans les mois suivants. Puis un traitement par l'histidine a amené un mieux, mais maintenant les douleurs ont repris et augmenté leur intensité.

Il a bon appétit, mais a dû s'astreindre à un régime presque exclusivement lacté depuis deux ans. Il se plaint d'éructations fréquentes, de gargouillements et parfois de pyrosis lorsqu'il souffre beaucoup. Réveil normal, mais langue souvent saburrale ; constipation habituelle, opiniâtre, aggravée encore en mauvaise période.

A l'examen, le carrefour sous-hépatique est sensible.

Les radiographies révèlent un volumineux ulcère de D_2 (Fig. 5). En position debout, on a une image comparable à une niche de Haudeck avec niveau liquidien et bulle d'air (Fig. 6). On note encore quelques petits calculs vésiculaires.

En présence de ce sujet qui souffrait de façon pratiquement chronique, qui avait fait trois hémorragies dont une très grave, il était préférable d'adopter une attitude chirurgicale. L'intervention fut pratiquée le 27 avril 1953 par le Docteur G. Dubourg, qui d'une part enleva l'ulcère par une gastroduodénectomie et d'autre part fit une cholécystectomie. L'ulcère

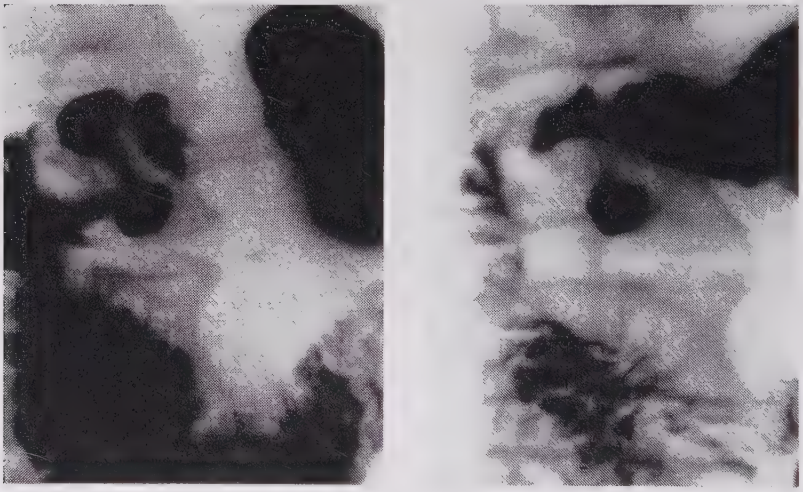

Fig. 5

siégeait à la fois sur le genu superieus et la partie haute du deuxième duodénum ; il était postérieur et perforé-bouché dans le pancréas. Ses callosités s'étendaient dans la profondeur de cet organe et de nombreuses adhérences l'unissaient aux vaisseaux de la région et à l'angle hépatique du colon. Quant à la vésicule, elle était scléro-atrophique et contenait cinq petits calculs des dimensions d'un grain de blé.

Après des suites opératoires simples, ce sujet a rapidement repris son activité. Il se porte maintenant très bien.

Fig. 6

2. - Manifestations d'origine pancréatique

L'existence anatomique d'une pancréatite chronique est extrêmement fréquente quand un ulcère siège sur la deuxième portion du duodénum. Les comptes rendus opératoires signalent en effet très souvent l'existence d'un noyau développé dans le pancréas autour d'un ulcère perforé-bouché dans cet organe. Mais cliniquement, la pancréatite se manifeste assez rarement de façon indubitable ; il faut que le processus pathologique ait envahi une grande partie de l'organe pour qu'apparaissent des signes tels que la stéatorrhée ou l'ictère chronique par rétention. Ainsi

en était-il cependant chez le malade de LEFÈVRE qui présentait tous les signes d'un cancer de la tête du pancréas avec ictère, ascite, grosse vésicule et tumeur sous-hépatique. A l'examen des pièces, on constata un énorme ulcus calleux de la deuxième portion du duodénum avec pancréatite chronique et non un cancer. L'opération le débarrassa de tous ses troubles.

Dans les cas habituels, cette participation pancréatique est beaucoup plus discrète et demande à être recherchée. On peut la soupçonner sur certains signes cliniques : la douleur d'intensité extrême, en tenaille, assez caractéristique si elle irradie à gauche, l'amaigrissement considérable, le signe de Mallet-Guy. On la confirmera par quelques examens spéciaux : d'abord les radiographies qui pourront montrer un élargissement du cadre duodénal, et quelques recherches biologiques : coefficient d'activité lipasique et trypsinique dans le liquide prélevé par tubage duodénal après injection de sécrétine, dosage de l'amylasémie. Le taux de glycémie, de recherche facile, est malheureusement modifié de façons diverses. S'il existe souvent un diabète léger, on observe parfois une hypoglycémie, « comme s'il y avait une sorte de balancement entre la paresse du pancréas externe et une certaine excitation de la sécrétion insulinique » (DUBARRY).

Mais sous l'influence d'une poussée évolutive de l'ulcère, l'atteinte pancréatique restée jusque là inapparente pourra se révéler brusquement, en particulier par un ictère rétentionnel qui disparaîtra complètement lorsque la lésion duodénale entrera à nouveau en sommeil. La période ulcéreuse s'est alors accompagnée d'une poussée de pancréatite œdémateuse. Ainsi en était-il dans l'observation que l'on va lire maintenant.

OBSERVATION XVII

Pas... Clément, 53 ans.

Ce malade est adressé au Professeur J. Dubarry en mars 1954 ; il présente un ictère qui persiste depuis près de deux mois. L'installation de la jaunisse s'est faite progressivement en quatre ou cinq jours ; elle n'a pas été fébrile. Les urines ont foncé peu à peu et les selles sont devenues couleur mastic. Quelques petites variations de l'ictère sont intervenues pendant ces deux mois, marquées plus par l'éclaircissement des urines et la recoloration des selles que par l'atténuation de la jaunisse elle-même. Cependant, depuis quelques jours, celle-ci a nettement faibli et le malade se sent beaucoup mieux, ce qui lui a permis de supporter l'assez long voyage qui l'a mené à Bordeaux.

Mais pendant la semaine qui a précédé l'ictère, et tout au long des 45 premiers jours de l'évolution de celui-ci, il y eut des douleurs épigastriques ; elles étaient violentes, à type de crampes, accompagnées parfois de brûlures et de sensation de tenaille, siégeaient légèrement à droite et survenaient une heure après chacun des repas légers qu'il prenait.

En poussant l'interrogatoire, on retrouve encore depuis très longtemps de petites périodes de brûlures gastriques, n'excédant pas 4 ou 5 jours, céphalées ; il ne tolérait cependant ni le lait ni les conserves.

Le malade avait habituellement bon appétit, ignorait les nausées et les séphalées ; il ne tolérait cependant ni le lait ni les conserves.

Dans ses antécédents, on note un ictère banal à 10 ans.

A l'examen, ce sujet est en bon état général, bien qu'il ait maigri de 6 kilos ; la jaunisse est encore prononcée. Le foie mesure 15 cm., il est douloureux à la palpation, comme d'ailleurs le carrefour sous-hépatique. Enfin, on note un signe de Mallet-Guy positif.

On fait pratiquer quelques examens biologiques :

Réaction de Mac Lagan	28 unités Meunier.
Réaction de Hanger	négative
Cholestérol sanguin	1 gr. 80 0/00
Amylasémie	2 unités
Glycémie	0 gr. 88 0/00

On fait enfin un examen radiologique qui comprend une cholécystographie et un transit gastro-duodénal. La vésicule apparaît bien colorée, de teinte homogène ; elle est un peu hyperkinétique, s'évacue normalement. Par contre, les séries duodénales sont très intéressantes à étudier : on note d'abord un élargissement du cadre duodénal avec une importante duodénite spasmodique de D_2 ; enfin, on remarque sur la partie haute de cette deuxième portion une image ulcéreuse typique, en perle enfilée.

On se trouvait donc en présence d'un malade qui présentait d'une part un ulcus du duodénum descendant, d'autre part un ictère d'allure rétentionnelle comme l'indiquaient, outre son aspect clinique, les tests fonctionnels hépatiques qui étaient tous normaux. Les douleurs en tenaille, le signe de Mallet-Guy, la chute de l'amylasémie, et la distension du cadre duodénal permettent de rattacher cet ictère à une pancréatite de la tête enserrant le cholédoque.

Ce malade reçut des injections de Paratyrone et de sécrétine associées puis alternées, ainsi que des plâtrages et de l'huile d'olive. Il revint trois mois plus tard, apparemment guéri : l'ictère avait totalement disparu et son estomac le laissait en paix. L'image radiologique était peu modifiée. Le traitement fut poursuivi, dirigé à la fois contre l'ulcère et contre la pancréatite associée. En juillet 1955, après plus d'un an, l'ulcère ne s'est toujours pas réveillé.

3. - Manifestations d'origine intestinale

Celles-ci nous paraissent moins fréquentes, tout au moins si l'on ne considère que les cas où il existe un syndrome colitique au complet. MAZEL en 1940 est le premier à les citer, mais il n'en donne pas d'exemple. Nous croyons d'ailleurs qu'elles n'apparaissent qu'à la faveur d'une irritation colique préexistante. C'est ainsi que se présenta le malade dont nous rapportons plus bas l'histoire. L'intérêt principal de cette observation est qu'il paraît bien difficile d'y trouver un élément de syndrome ulcéreux. C'est pourtant l'apparition au cours des poussées de colite d'une douleur tardive bien que bas-située, qui amena le Professeur J. DUBARRY à pratiquer l'examen radiologique décisif.

OBSERVATION XVIII

M. Rou..., 54 ans.

En 1942, ce malade était venu consulter à la suite d'un amaigrissement de 15 kilos en deux ans et d'un état diarrhéique persistant. Il était assez fatigué ; sa diarrhée était faite de selles pâteuses au nombre de deux à trois par jour, sans glaires ni sang. C'était un gros mangeur, surtout de viande et de pain. On palpait une corde colique ; l'examen coprologique décelait

des fibres musculaires peu attaquées et une proportion élevée d'acides organiques ; la rectoscopie et le lavement baryté ne montraient rien d'anormal. Cette colite de fermentation rétrocéda sous l'influence du traitement et de la correction du régime alimentaire.

Tout alla bien jusqu'en 1947. Puis il représenta par périodes de durée variable et très inégalement espacées une diarrhée analogue, moins abondante cependant. Mais cette fois, elle s'accompagnait de douleurs, diverses dans leur caractère et leur horaire : tantôt pesanteurs post-prandiales de l'abdomen avec ballonnement, tantôt malaises sous-ombilicaux un

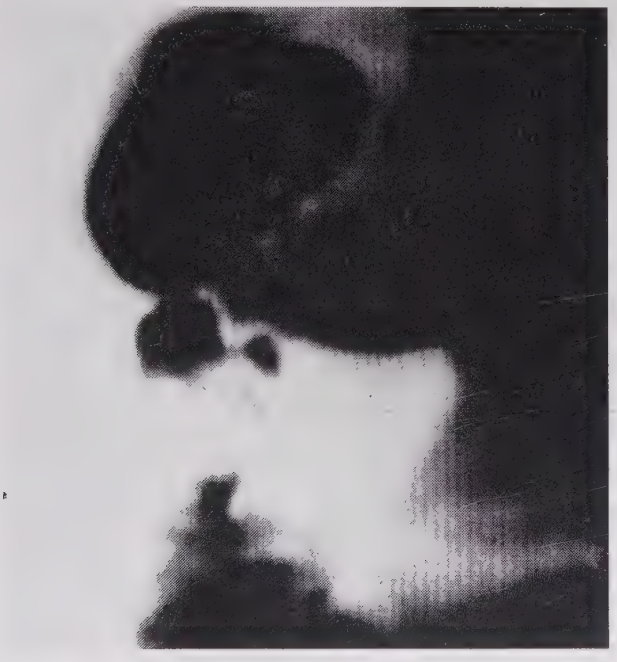

Fig. 7

peu plus tardifs, tantôt coliques de gaz sans horaire ni siège électif. Parfois même il ressentait une gêne épigastrique qui irradiait vers la région interscapulaire.

A partir d'avril 1948, ces périodes durèrent peut-être moins longtemps, mais leur fréquence augmenta ; surtout elles s'enrichirent d'un symptôme assez constant : une douleur sous-ombilicale débutant vers 16, 17 heures. On notait à l'examen un signe de Murphy léger en position debout et une certaine tension abdominale du côté droit.

En janvier 1949, on fit une cholécystographie et un transit gastro-duodénal. La vésicule était grosse, ovoïde, mal colorée, mais s'évacuait bien. L'estomac était normal, mais sur la série en procubitus, vers la partie moyenne de la deuxième portion du duodénum, on notait sur le bord interne l'image d'une niche pédiculée suivie d'un rétrécissement important escamotant même un segment duodénal (Fig. 7).

On traita cet ulcère par une série de bromure d'atropine suivie de séries d'histamine et de pansements gastro-intestinaux.

L'amélioration fut rapide et remarquable et depuis six ans cet homme maintient son état de guérison grâce à une simple hygiène alimentaire.

Au terme de cette étude clinique qui nous aura montré, nous le soulignons encore une fois, l'existence quasi constante et le plus souvent évidente du syndrome ulcéreux, nous citerons pour être complet deux formes isolées par GUTMANN d'après l'histoire clinique particulière de deux de ses malades.

— la forme nauséeuse.

— la forme associée à la lithiase rénale, qui s'est également retrouvée dans un cas de WOLKE. GUTMANN pense que la présence de calculs rénaux du côté droit peut favoriser la localisation de l'ulcère sur D_2. Dans l'une de nos observations (Obs. XI), il existait également une lithiase rénale, mais elle affectait le rein gauche.

Beaucoup plus importante au point de vue pratique est la forme hémorragique. En raison de la gravité qu'elle peut prendre parfois, nous en faisons l'étude au chapitre des complications.

Quant à l'évolution générale de la maladie, elle se fait bien rarement vers la guérison en l'absence d'un traitement médical ou chirurgical. On assiste à une aggravation progressive, conséquence de la lente transformation anatomique de l'ulcère vers l'ulcus calleux. On voit l'état général s'altérer tandis que les périodes douloureuses tendent à se souder. Des complications apparaissent ; la dernière en date serait la sténose duodénale si elle avait le temps de se constituer avant qu'une infection intercurrente n'emporte le malade.

Chapitre V

COMPLICATIONS

On retrouve pour l'ulcère de la deuxième portion du duodénum, les trois grandes complications de tous les ulcères digestifs : hémorragie, perforation, sténose. La première est de beaucoup la plus fréquente au point qu'on pourrait aussi bien décrire une forme hémorragique de la maladie.

I. — LES HEMORRAGIES

Cinq de nos malades ont présenté à un moment de l'évolution de leur ulcère une ou plusieurs hémorragies digestives. Deux fois il s'agissait d'hématémèses, deux fois de melaena, une fois les deux modalités se sont succédées à un an d'intervalle. Ceci nous donne une proportion de 23 % de formes ainsi compliquées, chiffre qui correspond à celui trouvé par Callandry dans sa statistique établie d'après 93 observations d'ulcères de D_2. On remarquera que pour les autres ulcères gastro-duodénaux, la fréquence des hémorragies est deux fois moindre.

Pour considérer sous un angle pratique le problème posé par la survenue de cette complication, il faut se placer dans les conditions du médecin qui devra :

1) Apprécier la gravité de l'hémorragie.

2) La rapporter à sa cause : l'ulcère de D_2.

1°) Gravité de l'hémorragie

Nous laissons de côté la forme cliniquement inapparente où seules les réactions de Meyer ou de Rolland décèlent la présence de sang dans les selles. Tous les ulcères digestifs, en effet, produisent de temps à autre un petit saignement, mais dans la majorité des cas, celui-ci ne nécessite pas la mise en œuvre d'une thérapeutique spéciale.

L'hémorragie peut ne pas revêtir un caractère de gravité immédiat. Au cours d'une poussée ulcéreuse par exemple, un malade présente une hématémèse ou un melaena d'abondance moyenne qui restera sans lendemain. La thérapeutique classique : repos, glace sur le ventre, alimentation liquide réduite, hémostatiques, suffira dans ces cas.

Elle peut au contraire mettre en danger la vie du sujet, soit par son abondance, soit par sa répétition malgré la mise en œuvre d'un traitement correct dont l'élément principal sera alors la transfusion sanguine. On devra ici, discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale, mais pour que cette discussion soit valable, il faut que l'on connaisse la localisation spéciale de l'ulcère sur la deuxième portion du duodénum, car elle entraîne des conditions opératoires particulières.

2°) Diagnostic de la cause de l'hémorragie : l'ulcère de D_2

Il est plus ou moins difficile selon les cas.

a) Parfois ce diagnostic est fait : des clichés antérieurs ont montré la lésion et sa localisation ; l'hémorragie est survenue malgré le traitement médical. Un de nos malades a ainsi fait un melaena alors qu'il était suivi depuis deux ans (Obs. XX).

b) Le problème sera relativement simple si l'interrogatoire révèle l'existence d'un syndrome ulcéreux typique (Obs. XIX, XXI, XVI). L'examen radiologique pratiqué après un certain délai dans les cas de gravité moyenne, ou même immédiatement ainsi qu'on le préconise de plus en plus dans les cas graves, susceptibles d'une intervention chirurgicale à brève échéance, sera tout naturellement poussé jusqu'au deuxième duodénum si les régions électivement touchées par la maladie ulcéreuse se révèlent indemnes.

La difficulté est plus grande si le syndrome ulcéreux n'existe qu'à l'état fruste (Obs. XXII).

c) On risque déjà de le méconnaître lorsque le sujet ne fait qu'entrer dans la maladie. Il a bien existé dans les jours qui ont précédé l'hémorragie des douleurs d'horaire tardif, mais la notion fondamentale de périodicité manque, la petite courbure et le bulbe sont parfaitement sains. On n'a pas fait les incidences qui mettent le duodénum descendant bien en évidence, et on redoute de faire subir un nouvel examen radiologique à un malade fatigué.

d) Il devient très problématique si l'on a affaire à une forme absolument latente où le premier signe est la complication elle-même. Dans l'une des observations de GUTMANN qui réalisait ce type, ce n'est qu'après 12 examens radiologiques négatifs que l'on eut l'idée d'examiner le deuxième duodénum par des clichés pris en position convenable.

e) C'est enfin dans les formes à symptomatologie non ulcéreuse, mais empruntée à la réaction des organes voisins que les erreurs seront le plus à redouter. On risque d'accuser à tort un foie un peu gros, une vésicule lithiasique, si l'on ne fait pas systématiquement une étude radiologique de l'estomac et du duodénum en prenant bien soin de dégager l'ensemble de celui-ci.

Nous avons déjà rapporté dans un autre chapitre l'une de nos observations d'ulcères de D_2 hémorragiques (Obs. XVI). Voici les quatre autres. Ces cinq exemples illustrent la variété des éventualités cliniques que nous venons d'étudier.

OBSERVATION XIX

Bae... Romain, 61 ans.

Cet homme vient consulter en décembre 1949, quelques jours après une hématémèse importante, mais son histoire a débuté deux ans plus tôt : il souffrait alors de l'estomac assez tardivement après les repas ; de temps à autre, une sédation intervenait.

En juillet 1948, après une période de douleurs plus intenses, il fait un melaena avec deux débâcles importantes ; l'hémorragie le soulage immédiatement. Un mois plus tard, il subit un examen radiologique : le lavement baryté ne montre rien d'anormal, le transit gastro-duodénal seulement un bulbe flou. Par la suite il se portera relativement bien jusqu'en novembre 1949. Le 12 novembre, il ressent brusquement une gêne dans la région épigastrique, puis survient un vomissement de trois litres dans les 24 heures : au début c'est un liquide vert qui devient progressivement noirâtre à goût de sang pourri. Un traitement anti-hémorragique est institué ; il se remet très vite et ne souffre plus. Un nouvel examen radiologique est effectué ; il ne décèle rien de bien net au niveau de l'estomac et du duodénum pas plus qu'à celui de la vésicule. C'est alors que le malade est adressé au Professeur J. Dubarry.

Son état général est resté bon. L'examen clinique est négatif.

On prend de nouveaux clichés qui décèlent enfin un ulcère de la deuxième portion du duodénum typique en tous points.

On le traite par une série de Dibromure d'atropine suivie de Paratyrone à raison de une série tous les deux mois. On associe bismuth et antispasmodiques per os.

Ce malade a été suivi périodiquement jusqu'en octobre 1952. Au début, il présentait encore de temps à autre quelques malaises qui ont peu à peu disparu en même temps qu'il prenait du poids. Les hémorragies ne se sont pas reproduites. Un traitement d'entretien a été poursuivi, alternant des séries de Paratyrone et de Robuden. Le dernier examen radiologique pratiqué en octobre 1952 ne montrait pas d'image ulcéreuse. On ne notait qu'un aspect rétréci de la région post-bulbaire avec un certain degré de rigidité de la deuxième portion. La guérison clinique persiste après six ans.

OBSERVATION XX

Lag..., Georges, 64 ans.

Vers la mi-septembre 1951, ce malade fut pris brusquement de douleurs violentes dans la région épigastrique. C'étaient des crampes qui lui donnaient l'impression d'une barre sur l'estomac avec en outre irradiation dans l'aire précordiale. Son médecin pensa à un syndrome angineux et le traitement donné dans ce sens n'eut aucun effet. Cependant l'horaire de la douleur était bien particulier : il souffrait à 15 heures, 23 heures et quelquefois 11 heures. Au bout de quinze jours survint une hématémèse importante avec état syncopal qui motiva son admission en clinique où une transfusion fut jugée nécessaire. Du melæna persista quelque temps. On prit des clichés qui montrèrent une antroduodénité et une partie supérieure de D_2 suspecte, mais qu'on n'étudia pas par un nouvel examen.

D'octobre 1951 à janvier 1952, le calme est complet. Puis le 6 janvier, le syndrome douloureux reparaît avec les mêmes caractères, et le 10 survient une selle noire isolée. C'est alors que le malade est adressé au Professeur J. Dubarry.

Il garde bon appétit et ne présente aucun autre trouble fonctionnel, à l'exception d'une certaine constipation. Son état général est bon malgré un amaigrissement de trois kilos ; il ne paraît pas anémique.

L'examen clinique est entièrement négatif. Au point de vue radiologique deux zones paraissent suspectes : d'une part le pied de la petite courbure où il existe peut-être une toute petite niche ulcéreuse, d'autre part la deuxième portion du duodénum qui est franchement anormale, irrégulière et rétrécie, surtout dans sa partie haute ; mais celle-ci s'avère très difficile à isoler du bulbe qui se superpose en partie à elle et cette superposition peut masquer une niche.

Bien que le diagnostic de localisation reste momentanément incertain, le syndrome fonctionnel ne laisse aucune doute quant à la réalité de l'ulcère et on commence à le traiter par une série de Dibromure d'atropine suivie d'une série de Paratyrone. On refera un examen radiologique dans trois mois.

Tout se passe bien pendant ces trois mois. Mais les douleurs reparaissent deux jours avant la seconde visite du malade. Cette fois les clichés dégagent bien le duodénum descendant et c'est, comme on le prévoyait, sur la partie initiale de celui-ci que siège l'ulcère : on voit une tache grossièrement arrondie vers laquelle convergent des plis et qui correspond à un segment duodénal rétréci. On ne retrouve rien de suspect sur la petite courbure.

On refait une série de Dibromure d'atropine suivie cette fois d'injections de Robuden.

La poussée avorte aussitôt et le malade ne souffrira plus de l'estomac. Mais en mars 1954, il fait encore un melaena ; le traitement est poursuivi régulièrement sous forme de séries alternées d'Oxyferriscorbone sodique et de Robuden.

Pendant 15 mois, la latence clinique sera complète, mais au début de juillet 1955, une nouvelle gastrorragie fait admettre le malade en clinique chirurgicale. Cette fois l'intervention s'impose ; elle va être pratiquée dans quelques jours.

OBSERVATION XXI

Lag... Hubert, 72 ans.

C'est quinze jours après une hématémèse importante que ce malade vient consulter le 11 février 1955. Avant l'apparition de l'hémorragie, il avait souffert pendant quelques jours de brûlures localisées à l'épigastre, accompagnées de pyrosis et calmées par l'alimentation. Elles survenaient avec régularité à 17 heures et quelquefois au milieu de la nuit. Après l'hématémèse ces brûlures n'ont pas reparu et il s'est remis rapidement.

On retrouve dans l'anamnèse des douleurs identiques depuis 33 ans ; et ces douleurs évoluaient par périodes de 15 jours survenant le plus souvent en janvier presque tous les ans. Entre temps on ne notait aucun trouble.

L'appétit est moyen, mais l'état général est bon, compte tenu de l'âge de ce sujet ; et le traitement appliqué par le médecin traitant a fait disparaître l'anémie. Actuellement il ne se plaint de rien en dehors d'un certain état de nervosité ; ses selles sont normales.

L'examen clinique décèle une sensibilité marquée du carrefour sous-hépatique en position debout ; il y a une hypertension artérielle à 24-11.

L'examen radiologique montre un estomac très hypertonique, mais il n'y a pas de lésion à son niveau en dehors d'une petite hernie diaphrag-

matique intermittente mise en évidence en Trendelenburg ; le bulbe est postérieur et c'est sur le cliché pris en procubitus que l'on voit un ulcère de la deuxième portion du duodénum. La niche a l'aspect c'assique, en perle enfilée, entre deux zones spasmées que le baryte ne remplit pas.

L'âge de ce malade d'une part, son hypertension de l'autre, ne permettent d'envisager qu'un traitement médical qui comporte pour son début, outre les pansements gastro-intestinaux, une série de Paratyrone suivie un mois plus tard de 15 injections d'Oxyferriscorbone sodique.

OBSERVATION XXII

M. Ga... 71 ans.

Ce malade consulte en janvier 1948, 15 jours après un melaena : il a eu des selles noires pendant quatre jours. Une lipothymie a précédé la première émission de sang.

Vieillard maigre mais robuste, il n'a jamais eu de maladie et il faut l'interroger soigneusement pour ne découvrir qu'un minimum de troubles. Il n'a pas de douleurs, mais ressent cependant des tiraillements dans la région épigastrique, analogues à la sensation de faim. Ces tiraillements surviennent depuis quelques mois tous les jours ou presque une heure et demie après le petit déjeuner ; ils disparaissent spontanément au bout d'un moment. L'après-midi, la soirée et la nuit sont absolument libres de toute gêne. Au cours des années précédentes, on ne trouve pas d'épisodes douloureux francs, mais il croit avoir éprouvé il y a une vingtaine d'années des tiraillements analogues pendant un certain temps. Il n'a jamais eu autrefois de selles melaeniques.

Il a bon appétit et ne présente pas d'autres signes fonctionnels.

A l'examen, on est en présence d'un sujet maigre au teint pâle d'anémique (la numération comptera 2.410.000 G.R.) ; il n'y a rien à signaler au point de vue abdominal.

L'examen radiologique montre un estomac hypotonique mais ne contenant pas de liquide de stase ; on décèle sur la deuxième portion du duodénum une image ulcéreuse typique : niche bien arrondie sur la partie haute de D_2 qui est absolument filiforme. L'évacuation est bonne.

L'âge et l'anémie profonde de ce malade imposent un traitement médical. On choisit la Paratyrone et les plâtrages sans oublier la médication martiale et les extraits de foie.

Trois mois plus tard, ce vieillard allait remarquablement bien. Il avait repris 4 kilos ; les tiraillements épigastriques avaient disparu, il avait repris toute son activité — beaucoup trop grande assurait sa famille. Le traitement fut poursuivi avec une série d'histamine et la prise toujours régulière des pansements gastro-intestinaux.

En raison de la fréquence particulière des hémorragies au cours des ulcères de D_2 — deux fois plus grande, nous le rappelons, que dans les autres localisations — il faut soupçonner systématiquement cette lésion lorsqu'on recherche la cause d'une hématémèse ou d'un melaena. On prendra ainsi d'emblée lors de l'examen radiologique gastro-duodénal les clichés qui permettront de le mettre en évidence ou de l'éliminer définitivement. Peut-être cette pratique fera-t-elle diminuer la proportion encore excessive des hémorragies digestives qui restent inexpliquées.

II. — LA PERFORATION

Nous avons déjà dit que l'ulcère de la deuxième portion du duodénum se perfore fréquemment dans le pancréas. Mais il est alors par le fait même bouché et cette incidence ne se traduira cliniquement qu'à une échéance plus ou moins lointaine par les signes de pancréatite chronique que nous connaissons. Nous ne voulons parler ici que de la perforation en péritoine libre qui réalise le syndrome dramatique bien connu de la péritonite aiguë diffuse ; elle est heureusement plus rare.

Nous ne l'avons jamais observée chez les malades que le Professeur J. Dubarry a suivis. Tatibouet en a néanmoins relevé 8 cas sur 100 observations ; 4 fois il s'agissait d'une forme latente qui fut ainsi brusquement révélée. Il est également intéressant de noter un cas de Demirleau où la perforation se produisit trois jours après une gestrectomie pour exclusion, l'exérèse de l'ulcère ayant été jugée impossible.

III. — LES STENOSES DUODENALES

Elles manquent également dans notre statistique. Pourtant TOYE-LAZARIN a dégagé 16 observations de formes sténosantes parmi les 77 cas qu'il a dépouillés. Nous pensons avec HILLEMAND que les véritables sténoses organiques sont beaucoup plus rares. Il est vrai que le travail de TOYE-LAZARIN, qui remonte à 18 ans, fait état de faits plus anciens que les nôtres, d'une époque où les examens radiologiques étaient moins poussés et où, sans doute, le diagnostic était fait dans des cas dans l'ensemble plus évolués. Chez nos malades, on notait parfois quelques signes — vomissements tardifs, clapotement gastrique plusieurs heures après les repas — qui pouvaient faire redouter l'apparition de cette complication. Mais même dans ces cas, le transit étudié radiologiquement se révélait à peu près normal, l'évacuation gastrique n'étant jamais très retardée, et le traitement faisait bien vite disparaître les quelques symptômes cliniques de stase.

Il faut donc admettre que pendant longtemps (certains malades du Professeur J. DUBARRY souffraient depuis vingt ans et plus), le rétrécissement duodénal, constaté toujours sur les clichés radiographiques, reste au moins en grande partie fonctionnel et que sa réversibilité est la règle. Le plus souvent, il ne doit exister qu'un spasme ou une duodénite œdémateuse au niveau de D_2. Les sténoses organiques par transformation fibreuse extensive de l'ulcus ou par péri-duodénite existent certes, certains comptes rendus opératoires sont là pour le prouver, mais sont très lentes à se constituer.

Pour terminer l'étude des complications de l'ulcère de la deuxième portion du duodénum, signalons que d'après VIVIEN, la cancérisation aurait été signalée. Si ce fait est exact, il reste en tout cas rarissime.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC DE L'ULCÈRE DE D_2 : ETUDE RADIOLOGIQUE

Nous avons vu que si la Clinique est le plus souvent capable de faire le diagnostic générique d'ulcère, elle ne saurait le localiser à la deuxième portion du duodénum.

L'étude chimique du liquide gastrique n'apporte pas non plus de renseignements dans ce sens ; il y aura cependant intérêt à la pratiquer car si l'on doit envisager un traitement chirurgical et si l'ulcère ne peut être extirpé, la vagotomie double est à conseiller en cas d'hyperchlorhydrie. C'est la radiologie et elle seule qui peut montrer le siège particulier de la lésion.

A. — LA RADIOLOGIE DANS L'ULCERE DE D_2

Il faut bien connaître l'aspect particulier que prend l'ulcère au niveau de D_2 et penser à le rechercher. Or, en raison de sa relative rareté, on n'y songe pas ou tout simplement on ne le connaît pas et comme le dit GUTMANN, « on ne s'occupe que du bulbe, on laisse la portion descendante passer derrière le bulbe, pratique qui est aussi mauvaise pour le bulbe que pour le duodénum descendant ».

Il y a pourtant, nous y insistons encore, un intérêt majeur à localiser l'ulcère même si l'on a l'intention de confier le malade d'emblée au chirurgien. Si en effet celui-ci intervient sur le diagnostic vague de syndrome ulcéreux ou d'hémorragie et qu'il ne trouve rien au niveau de l'estomac et du bulbe, il risque fort de refermer sans avoir vu ni senti la lésion souvent placée sur la face postérieure du duodénum.

1. - Technique

Au cours de tout examen radiologique, il faut donc s'arranger pour obtenir au moins un ou deux clichés dégageant l'ensemble du cadre duodénal. Si ceux-ci laissent un soupçon sous forme le plus souvent d'un aspect rétréci de D_2, on fera un deuxième examen orienté alors vers l'étude complète de cette portion sous plusieurs incidences.

Cela nécessite des positions spéciales, en particulier lorsque la partie supérieure de D_2 est recouverte par le bulbe, lequel peut être lui-même masqué par l'antre. Il y a là trois plans successifs qu'il faut dégager par un examen oblique. Outre celui-ci, on fera les classiques clichés en procubitus et aussi en décubitus. Cette position, outre qu'elle soulève le voile antral rend plus apparente la niche en y condensant la baryte qui ne fait que passer dans le tube duodénal.

Soulignons la nécessité d'une compression prudente et nuancée qui facilite la visualisation de la niche en complétant sa réplétion et en diminuant l'épaisseur des plans qui sont au devant d'elle ; les examens sous morphine et sous atropine apporteront ici les mêmes précisions que partout ailleurs. Enfin l'Ecole Lyonnaise a préconisé l'utilisation de la méthode en couche mince après insufflation grâce à une sonde introduite dans le duodénum.

2. - Les signes radiologiques

Il sera le plus souvent facile de faire le diagnostic d'ulcère de la deuxième portion du duodénum sur des clichés convenablement orientés. Outre la niche qui visualise directement la lésion, il existe des modifications du duodénum voisin d'un très grand intérêt et enfin quelques signes à distance de moindre valeur.

1°) *La niche :*

a) Description.

Signe primordial parce que direct, la niche ulcéreuse peut réaliser des aspects différents.

— image dite de la « perle enfilée » (GUTMANN) qui se définit d'elle-même. C'est la plus typique et aussi la plus fréquente ; elle est due au rétrécissement du duodénum sus et sous-jacent que nous étudierons plus loin.

— image d'addition latéro-duodénale, le plus souvent interne, quelquefois externe : c'est la niche de profil, petite tache arrondie à base sessile ou pédiculée.

— image de superposition : tache arrondie tranchant par son opacité plus marquée sur la teinte du duodénum, cerclée parfois par un halo clair correspondant au bourrelet œdémateux : c'est la niche de face.

D'autres aspects sont plus rares : image stellaire avec plis radiés convergeant vers la niche centrale, surtout observée au genu superius ; niche de Haudeck avec niveau liquidien et bulle d'air que nous avons constatée une fois (fig. 6, p. 49).

b) Siège.

C'est le plus souvent sur la première moitié du duodénum descendant, entre le genu superius et l'ampoule de Vater, que l'on trouvera une des images que nous venons de décrire. Au-delà, l'ulcère devient très rare. GUTMANN a signalé une particu-

larité curieuse que l'on peut observer lorsque la maladie atteint un duodénum mobile ; selon la position du sujet, la niche peut apparaître soit au-dessous du bulbe, soit au-dessus ; ceci est dû au fait que l'ulcère est fixé parce qu'il est devenu pénétrant dans la paroi postérieure à laquelle il cloue le segment intéressé. Mais en aval et en amont le duodénum et l'estomac sont restés mobiles et varient de situation selon que le malade est debout ou couché.

2°) *Les modifications du duodénum voisin :*

Certaines sont inconstantes ou peu caractéristiques : encoche spasmodique en regard de la niche, duodénite œdémateuse plus ou moins étendue, dilatation atonique du calibre duodénal à une certaine distance en aval de l'ulcère.

Une au contraire est facile à reconnaître et fondamentale pour le diagnostic : c'est le rétrécissement duodénal segmentaire en amont et en aval de la niche. Il existe en effet toujours alors un défilé qui tranche nettement sur le calibre du duodénum normal que l'on retrouve avant et après. Lorsque la niche déborde de part et d'autre de cette partie étroite, l'ensemble réalise l'image caractéristique de la perle enfilée.

Cet aspect rétréci du duodénum est plus ou moins prononcé, large ou filiforme ; mais il est constant. En dehors de lui, dit GUTMANN, on n'a pas le droit de faire un diagnostic d'ulcère devant une tache de D_2.

Une autre modification est très fréquemment retrouvée sur le segment duodénal rétréci : c'est une angulation très spéciale qui n'existe pratiquement dans aucune autre lésion. Le sommet de l'angle est alors représenté par la niche.

Ces images traduisent une duodénite d'allure sténosante et non un rétrécissement organique vrai ; il n'y a, en effet, aucun symptôme de sténose, en particulier pas de dilatation en amont, au niveau du bulbe ou de l'estomac dont l'évacuation se fait normalement.

3°) *Les signes à distance :*

S'ils n'ont que peu d'importance pour le diagnostic, il est néanmoins utile de les connaître ; d'abord parce que leur constatation incitera à mieux examiner un deuxième duodénum mal mis en évidence, ensuite parce qu'on évitera d'en faire des « signes indirects », soutenant un diagnostic erroné, d'ulcère bulbaire par exemple. Sur le bulbe, en effet, GORDET a attiré l'attention sur des déformations comparables à celles que provoque un ulcère de cette région : aplatissement et asymétrie avec pylore excentré dans l'ulcus du genu superius ; déformations plus polymorphes dans l'ulcus de D_2 proprement dit. Conséquences sans doute de phénomènes de sclérose, ils nous ont paru fréquemment remplacés par un autre aspect lorsque l'ulcère est encore jeune. Sur les clichés du Professeur J. DUBARRY on remarque en effet, dans ces cas, que le bulbe reste trop bien injecté. Ceci doit faire immédiatement penser à l'existence d'un obstacle en aval.

Au niveau de l'estomac, on ne note d'habitude qu'une hyperkinésie. FASSIO a observé en position debout l'existence d'un niveau baryté à la hauteur de l'antre ou du bulbe ; nous ne l'avons pas fréquemment retrouvé.

Ce qu'il faut surtout retenir de cette étude radiologique, c'est la triade : niche, rétrécissement, angulation, absolument pathognomonique de l'ulcère de la deuxième portion du duodénum.

B. — DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Si dans la majorité des cas, de bons clichés bien orientés permettent d'éviter les discussions, il faut cependant connaître certains aspects radiologiques voisins de ceux donnés par l'ulcère de D_2, parfois susceptibles de prêter à confusion et dont l'explication est toute différente.

Quelques erreurs sont classiques, mais faciles à éviter : un ganglion mésentérique calcifié, une concrétion péritonéale, un calcul rénal ou biliaire, une superposition d'ombres entre la fin de la première portion duodénale et le début de la deuxième seront reconnus d'après les images différentes obtenues sous les diverses incidences.

D'autres sont tellement rares qu'il est à peine besoin d'en parler. Le cancer duodénal, sténosant, entraîne une dilatation en amont et au niveau de la lésion une image lacunaire ou une grosse niche irrégulière qui occupe en général tout le calibre duodénal. De même, l'ulcération duodénale par envahissement d'un cancer pancréatique.

En pratique, les seuls diagnostics que l'on pourra avoir à discuter sont certains petits diverticules et une ampoule de Vater atypique visible.

1°) *Le diverticule duodénal :*

Si la plupart des diverticules restent absolument latents, il en est d'autres qui spontanément ou sous l'influence de processus pathologiques divers, peuvent se traduire cliniquement de différentes manières ; et leur symptomatologie, qu'elle soit de type dyspeptique banal, hépato-biliaire, intestinal ou ulcéreux amènera le médecin à demander un examen radiologique dans la crainte d'une lésion organique gastrique ou duodénale. Si le diverticule est volumineux, on le reconnaîtra facilement ; mais s'il est petit, il pourra se révéler par une image qui, au premier abord pourrait en imposer pour une niche.

Le siège de prédilection du diverticule duodénal est, en effet comme pour l'ulcus extra-bulbaire, la deuxième portion du duodénum, tout spécialement la région de l'ampoule de Vater, et l'image qu'il donne sur les clichés est assez semblable à celle d'une niche. Mais cette pseudo-niche est isolée : il n'existe pas de rétrécissement du calibre duodénal à son voisinage, ce

qui permet d'éliminer formellement le diagnostic d'ulcère. Les autres signes différentiels classiquement décrits sont beaucoup plus difficiles à saisir. Ceux qui ont une certaine valeur sont :

— La persistance plus longue de l'image additionnelle après évacuation duodénale en cas de diverticule.

— Le passage des ondes contractiles sur ses parois.

— Sur d'excellents clichés, l'existence de plis sur l'image diverticulaire et son pédicule.

Par contre un diverticule enflammé peut être douloureux à la palpation au même titre qu'une niche et la présence d'un niveau liquide avec bulle d'air peut également se voir dans les deux lésions. Enfin, la constatation de plusieurs diverticules ne permet pas d'exclure formellement la présence concomitante d'un ulcère.

2°) *La visibilité de l'ampoule de Vater :*

En position normale et dans sa forme classique, l'ampoule de Vater est facile à reconnaître ; son fond est plat ou bifide, lui faisant prendre alors la forme d'un T couché situé à mi-hauteur et dans la concavité du deuxième duodénum. Si la baryte, en plus de l'ampoule, a injecté la partie terminale des canaux pancréatique et cholédoque, l'image devient alors bicorne et son originalité la fera reconnaître à tout coup.

Mais quand l'ampoule est seule remplie et qu'elle n'a pas son siège habituel, le diagnostic devient plus difficile et des erreurs peuvent être commises. Robineau a publié une observation tragique mais instructive. Là, ce n'est pas pour un ulcère, mais pour un diverticule que fut prise l'ampoule de Vater ; en voulant enlever ce pseudo-diverticule, on réséqua l'ampoule de Vater et le malade mourut de fistule pancréatique.

Un bon signe en sa faveur est la variabilité de son image due à sa contractilité ; de plus, elle se projette à l'intérieur de la lumière duodénale. Surtout, c'est ici encore l'absence de

rétrécissement de D_2 qui permettra d'éliminer l'hypothèse d'un ulcère. Pour écarter un dernier doute, on peut enfin utiliser les nouveaux produits de contraste injectables par voie intraveineuse qui donnent une bonne opacification du cholédoque et montrent sa terminaison au niveau de l'image suspecte.

En réalité, la sémiéologie radiologique de l'ulcère de D_2 est suffisamment nette pour ne risquer aucune confusion. Si on la connaît bien et qu'on possède des clichés de bonne qualité et bien orientés, c'est un diagnostic relativement aisé à porter.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

La plupart des publications récentes concernant l'ulcère de la deuxième portion du duodénum affirment que le traitement médical est à peu près inefficace et que dans la très grande majorité des cas, il faut recourir à la Chirurgie. Mais la gastro-duodénectomie enlevant l'ulcère est particulièrement difficile : en effet, le deuxième duodénum est fixé au plan postérieur de l'abdomen ; il est « enjanté » dans la gouttière pancréatique qui lui est destinée et le chirurgien est souvent obligé de réséquer au ras même du cholédoque qu'il risque de blesser, d'autant que ces ulcères chirurgicaux sont entourés d'une zone inflammatoire calleuse qui oblige à passer assez largement au-delà du cratère ulcéreux. Aussi la Chirurgie se borne-t-elle le plus souvent à une opération palliative : gastrectomie pour exclusion ou gastro-entérostomie avec ou sans vagotomie double sous-diaphragmatique.

Dans ces conditions, le Professeur J. Dubarry estime que plus que pour tout autre ulcère, il faut essayer d'obtenir le maximum du traitement médical avant de recourir à une Chirurgie qui risque d'être décevante. Or, les résultats du traitement médical dans la majorité des cas, permettent d'en appeler de cette attitude chirurgicale.

I. — TRAITEMENT MEDICAL

Tous nos malades ont été traités médicalement à l'exception d'un seul chez qui la coexistence d'un très gros ulcère hémorragique et d'une lithiase vésiculaire fit préférer l'opération d'emblée. L'analyse des résultats obtenus, que nous reproduisons plus bas, semble montrer la parfaite justification de cette conduite.

1°) Principes et éléments du traitement médical

Il n'est pas dans notre propos de reprendre au sujet de l'ulcère du deuxième duodénum la thérapeutique des ulcères gastro-duodénaux en général. Nous nous bornerons à rappeler les principes auxquels cette thérapeutique doit obéir, principes qui restent les mêmes quelle que soit la localisation de la maladie et dont l'inobservation explique une partie des échecs. Un traitement anti-ulcéreux comporte à la fois une médication symptomatique de la douleur et un traitement de fond. Trop souvent on ne réalise que la première. Le traitement de fond doit être continu ; il se décompose lui-même en trois phases : attaque, entretien et consolidation ; il comprend une diététique appropriée, des médications locales et des médications générales. Sa durée ne peut être déterminée que sur l'évolution clinique et radiologique ; il semble que l'on puisse fixer la moyenne à 18 mois pour les deux premiers temps. En résumé, disons que le traitement d'un ulcéreux doit être bien ordonné ; c'est peut-être autant de la ténacité du malade et du médecin dans son application que du potentiel évolutif du cas considéré que dépend le succès.

Les médications à utiliser sont celles qui ont été reconnues valables pour tous les ulcères. Toutefois, quelques points méritent d'être mis en relief. Etant donné le potentiel évolutif de l'ulcère de D_2 qui peut rapidement se perforer dans le pancréas

ou devenir calleux, il faut l'attaquer sans retard par les méthodes les plus actives. La multiplicité des agents thérapeutiques, l'inconstance des résultats donnés par chacun d'eux expliquent qu'il ne soit pas question de codifier ce traitement médical. Bornons-nous à indiquer, d'après nos 22 observations les médications auxquelles le Professeur J. DUBARRY a eu le plus souvent recours. Habituellement, quand au cours d'un traitement portant sur plusieurs années, une médication est plus régulièrement utilisée, c'est que le malade, lors de ses consultations successives la réclame comme lui ayant amené le maximum de « confort » au milieu d'autres essais thérapeutiques. Si le Professeur J. DUBARRY a utilisé quelquefois la Protéinothérapie sous forme surtout de peptone de caséine, par voie intramusculaire par longues séries, il a eu recours, le plus souvent, à une thérapeutique personnelle : l'association de l'atropine-bromure de sodium et de calcium intraveineux, de l'Oxyferriscorbone sodique intramusculaire et de l'autohémothérapie ; dans les formes moins douloureuses, à l'Oxyferriscorbone isolée, thérapeutique qu'il a eu l'idée d'utiliser depuis 1938 dans les ulcères calleux ou géants et dont il a fait connaître l'intérêt en pareil cas dans diverses publications depuis 1943.

La durée du traitement sera ici en général plus longue que pour l'ulcère du bulbe ou de l'estomac, mais sans gêner le malade par des piqûres trop nombreuses, on pourra avoir assez rapidement recours à un traitement essentiellement per os ; signalons en particulier l'action remarquable, du moins sur l'élément douloureux, des extraits de suc de réglisse.

Enfin, il faut insister sur la nécessité fréquente, étant donné le retentissement parfois important de ces ulcères sur les organes voisins, d'associer une thérapeutique à visée hépato-biliaire, pancréatique ou intestinale au traitement anti-ulcéreux proprement dit.

2°) Résultats

21 malades ont été ainsi traités. 3 ont été perdus de vue trop rapidement ; chez 3 le recul n'est pas encore suffisant, mais signalons qu'ils n'ont pas eu de poussée douloureuse depuis l'institution de la thérapeutique ; enfin, dans un cas, le traitement dut être interrompu provisoirement par suite d'une tuberculose pulmonaire ; il vient d'être repris. C'est donc sur 15 cas que nous jugeons les résultats. Nous les résumons comme suit :

Non satisfaisants	4
Satisfaisants	11
Très bons	7
Bons	4

Nous avons tenu compte essentiellement du critère clinique. Par très bon résultat, nous entendons l'absence complète de tout trouble gastrique ou satellite (biliaire, etc.). Chez 4 de nos malades, cet état persiste depuis 3 à 6 ans, chez les 3 autres depuis 1 à 3 ans. Par bon résultat, l'absence complète de symptômes du type ulcéreux, mais avec survenance de temps à autre de petits phénomènes dyspeptiques cédant rapidement aux moyens banaux.

Sur les 5 contrôles radiologiques qui ont pu être effectués, on note 4 fois la disparition de la niche, mais la duodénite persiste.

Les mauvais résultats concernent un malade qui a abandonné un peu trop tôt son traitement, un autre qui a fait un deuxième ulcère, bulbaire, après avoir guéri celui de la deuxième portion ; ce deuxième ulcère, toujours traité médicalement ne se manifeste plus depuis 16 mois ; un troisième qui a fait exactement l'inverse ; le dernier enfin a fait une nouvelle hématémèse après 15 mois de latence clinique et va être opéré incessamment.

Evidemment nous manquons de recul et d'un nombre de cas suffisant pour qu'on puisse accorder à cette courte statistique

une valeur absolue. La meilleure preuve, c'est l'apparition d'une nouvelle hémorragie chez le malade de l'observation XX, qui a fait accepter sans réticence actuellement une attitude chirurgicale. Au fur et à mesure que dans la maladie ulcéreuse la durée d'observation se prolonge, on voit aussi le nombre des cas chirurgicaux s'accroître. Malgré tout, jusqu'à ce jour, les résultats du traitement médical sont satisfaisants dans près des trois-quarts des cas (exactement 73 %). Tels quels, ils doivent amener à reconsidérer la question des indications thérapeutiques dans l'ulcère de la deuxième portion du duodénum trop souvent livré d'emblée au chirurgien sur la foi de sa mauvaise réputation. Il faut s'en réjouir d'autant plus que le traitement chirurgical présente des difficultés nombreuses que l'on contourne généralement en pratiquant des opérations quelquefois néfastes.

II. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'apparition de certaines complications — hémorragies abondantes ou réitérées, évolution vers la sténose — la résistance à un traitement médical pourtant bien compris, amèneront un certain nombre d'ulcères de D_2 au chirurgien. Celui-ci aura le choix entre cinq types d'interventions : la gastroduodénectomie avec ablation de l'ulcère, la gastrectomie pour exclusion, la gastro-entérostomie, la vagotomie double sous-diaphragmatique, enfin l'association de ces deux dernières opérations.

En 1948, la tendance générale exprimée par GARCIA-MORAN au Congrès Européen des Sociétés Nationales de Gastro-Entérologie de Lausanne était favorable à la gastrectomie pour exclusion. GARCIA-MORAN fondait cette conception sur deux arguments : d'une part, disait-il, les ulcères exclus cicatrisent ; d'autre part la libération à tout prix d'un ulcère adhérent au pancréas ou aux voies biliaires est longue et difficile, entraîne

des « contretemps fâcheux » et risque de blesser les voies biliaires. Ne sont donc justiciables de l'extirpation radicale que les ulcères techniquement faciles à enlever.

Cette attitude se justifierait si les résultats éloignés de la gastrectomie pour exclusion étaient bons dans un pourcentage de cas suffisant. Or il n'en est pas ainsi. Le Professeur J. DUBARRY attirait récemment notre attention sur le nombre de ces opérés de l'estomac dont les misères n'ont fait que croître depuis le jour de l'intervention. Le Docteur DUBOURG partage la même opinion : « Nous considérons que pour avoir la quasi certitude d'un bon résultat éloigné, il faut, en matière d'ulcère duodénal que dans la pièce opératoire se trouvent le pylore et l'ulcère ». Dans plus de la moitié des réinterventions qu'il a été amené à faire pour complications graves de gastrectomies, la première opération avait été une gastrectomie pour exclusion. Sans parler des nombreux ulcères peptiques, il a constaté dans ces cas une dilatation des voies biliaires avec du côté du moignon duodénal et de la tête pancréatique des épaississements péritonéaux inflammatoires, des adénopathies et une congestion vasculaire très importante ; l'extirpation du moignon pyloro-duodénal a guéri ces malades.

Que l'ulcère exclu cicatrise ou non, les séquelles qu'il laisse sont par trop fâcheuses. Les gastroduodénectomies avec ablation de l'ulcère donnent au contraire presque à coup sûr de très bons résultats éloignés. Sur 212 sujets ainsi opérés par le Docteur DUBOURG (1), 85 % sont complètement guéris, 10 % sont très satisfaits, n'éprouvant que des ennuis discrets, 5 % ne sont pas soulagés et il s'agit alors de déséquilibrés neuro-végétatifs chez qui il est difficile d'interpréter la cause exacte des troubles. Il n'y a eu aucun ulcère peptique.

(1) Il s'agit de malades qui, en majorité, étaient atteints d'ulcères de la première portion ; chirurgicalement le problème est le même à partir du moment où ils deviennent adhérents au pancréas et aux voies biliaires.

Quant au danger majeur de cette intervention, la blessure des voies biliaires, nous le laissons écarter par le Docteur Dubourg lui-même : « Est-il permis de faire davantage et lorsqu'un ulcère est situé au contact même des voies biliaires, ou à plus forte raison lorsqu'il y a une fistule cholédoco-duodénale d'origine ulcéreuse, a-t-on le droit de sacrifier les voies biliaires principales ? Une première fois, à la suite d'une blessure involontaire du cholédoque, nous avons été obligé de lier la voie biliaire principale et de faire une cholécysto-jéjunostomie. C'est après avoir constaté l'excellent résultat de cette opération, faite il y a quatre ans, que nous avons répété dans dix autres cas, cette fois systématiquement, la même intervention lorsque la topographie des lésions nous y forçait. Nous n'avons eu qu'à nous en féliciter. Ce n'est qu'en présence d'une vésicule pathologique inutilisable que l'on devrait se contenter d'une gastrectomie pour exclusion ».

On nous dira peut-être que c'est là un « contretemps fâcheux » lors du temps opératoire, mais est-il permis d'hésiter entre une opération longue et difficile et le risque de laisser un homme infirme ?

Ce n'est donc que pour les rares ulcères situés à proximité immédiate ou au-dessous de l'ampoule de Vater, qu'en raison de la présence du canal de Wirsung, on doit se résoudre à utiliser une autre méthode. Puisqu'on est obligé de laisser l'ulcus en place, mieux vaut alors ne pas mutiler l'estomac et faire une gastro-entérostomie que l'on complètera par une vagotomie double sous-diaphragmatique (1). Cette opération a en effet

(1) Cette intervention fut réalisée pour la première fois en 1911 par Exner, de Vienne, puis par divers auteurs européens, français notamment. Dragstedt, de Chicago, faisant fi de toute bibliographie européenne a cru la découvrir il y a dix ans, réalisant du reste au début la section des pneumogastriques par voie intra-thoracique, ce qui ne lui permettait pas de voir la lésion ; P. Banzet, ignorant les travaux plus anciens, rapporta d'Amérique cette intervention qu'on qualifie souvent et toujours à tort d'opération de Dragstedt.

beaucoup réduit la fréquence des ulcères peptiques depuis qu'on l'associe à la gastro-entérostomie.

Pour que le chirurgien puisse agir en toute connaissance de cause, le Professeur J. DUBARRY estime que toute intervention pour ulcère de D_2 devrait être précédée par un examen radiologique comportant la cholangiographie intra-veineuse, avec notamment un cliché en position debout pour essayer de voir particulièrement le bas cholédoque, et un petit repas baryté dans le but d'étudier les rapports de ce bas cholédoque avec l'ulcère.

En matière de traitement chirurgical des ulcères de la deuxième portion du duodénum, il ne faut retenir que trois méthodes. L'une est idéale et doit toujours être utilisée quand l'ulcère siège au-dessus de l'ampoule de Vater : la gastro-duodénectomie avec ablation de l'ulcère, associée, le cas échéant, à une anastomose bilio-digestive ; deux sont valables dans les autres cas et doivent alors être exécutées simultanément : la gastro-entérostomie et la vagotomie double ; c'est la gastrectomie pour exclusion qui doit être exclue.

L'ulcère de D_2 ne doit pas, au point de vue thérapeutique, être séparé des autres ulcères. Comme pour ceux-ci, il faut d'abord miser sur le traitement médical qui, s'il est correct, suffira bien souvent. S'il échoue, on aura recours à la Chirurgie, mais ce recours ne saurait être systématique. Et nous ne pourrions mieux conclure qu'en répétant à propos de l'ulcère de la deuxième portion du duodénum, ce que le Professeur J. DUBARRY disait à propos des ulcères en général lors du 1er Congrès Européen de Gastro-Entérologie : « Maladie dont le potentiel évolutif varie à l'infini d'un cas à l'autre, l'ulcère ne permet une

attitude ni strictement médicale, ni strictement chirurgicale. C'est affaire de cas particuliers. On ne peut, nous semble-t-il, codifier la conduite à tenir dans une affection aussi capricieuse, aussi déconcertante. L'étude de la maladie ulcéreuse démontre avec une particulière netteté combien en médecine nous avons affaire à des malades plus qu'à des maladies ».

CONCLUSIONS

I. — L'ulcère de la deuxième portion du duodénum ne doit plus être considéré comme exceptionnel. Le Professeur J. DUBARRY, dans sa statistique portant sur 1.300ulcères gastro-duodénaux, l'a trouvé dans 1,9 % des cas, pourcentage qui correspond aux estimations de la plupart des auteurs. Peut-être est-il même plus fréquent, mais méconnu parfois, du fait de certaines difficultés de sa découverte radiologique. Il importe donc d'attirer sur lui l'attention des médecins car il se complique avec une particulière fréquence et nécessite une thérapeutique spécialement active.

II. — C'est surtout un ulcère de l'âge moyen de la vie ; il peut se développer sur un duodénum malformé ou à la faveur d'un terrain particulier, mais il faut peut-être l'expliquer essentiellement par des troubles organiques ou fonctionnels des voies biliaires que des travaux récents ont montré particulièrement fréquents au cours de tous les ulcères duodénaux.

III. — Il siège presque toujours entre le genu superius et l'ampoule de Vater et se développe surtout sur les parois duodénales interne et postérieure. Son évolution anatomique, dans les formes sévères, se fait vers l'ulcus calleux térébrant dans le pancréas, et il tend à réaliser une périviscérité intense englobant dans un magma fibreux tous les organes du carrefour sous-hépatique.

IV. — Cliniquement il se traduit à peu près toujours par un syndrome ulcéreux dont les douleurs tardives attirent l'attention

sur le duodénum. Ce syndrome ulcéreux peut être typique ou plus rarement fruste. Il peut être isolé surtout lorsque l'ulcère est jeune ; mais souvent il est accompagné de manifestations cliniques empruntées à la réaction des organes avoisinants : voies biliaires, pancréas, intestin. Le plus souvent, ces manifestations ne sont pas assez intenses pour masquer le syndrome ulcéreux. Quelquefois cependant, la symptomatologie associée passe au premier plan et peut faire errer le diagnostic.

V. — L'ulcère du duodénum descendant saigne avec une particulière fréquente ; c'est souvent à l'occasion d'une hémorragie que l'on voit le malade pour la première fois. Ces deux notions doivent faire ajouter l'ulcère de D_2 à la liste des grands diagnostics à discuter en présence d'une hémorragie digestive.

La perforation est beaucoup plus rare ; la sténose est exceptionnelle et encore plus la cancérisation.

VI. — Comme pour tous les ulcères, c'est l'examen radiologique qui montrera la localisation particulière. Mais souvent les techniques ordinaires ne permettent pas de visualiser la lésion, et si le premier examen laisse un soupçon sur l'intégrité de la deuxième portion du duodénum, on en demandera un second orienté cette fois vers la recherche de l'ulcère à ce niveau : généralement en procubitus très latéral de façon à dégager la partie haute de D_2 d'autant plus volontiers masquée que dans ces cas le bulbe est souvent gros et reste injecté de baryte.

Les aspects radiologiques sont généralement faciles à reconnaître. Outre la niche, il y a toujours un rétrécissement segmentaire auquel s'associe souvent une angulation.

Le diagnostic différentiel peut se poser avec un diverticule ou une ampoule de Vater visible. Dans ces deux cas, il n'y a jamais de rétrécissement du calibre duodénal en amont et en aval de la tache barytée suspecte.

VII. — Le traitement des ulcères de la deuxième portion du duodénum doit suivre les principes du traitement de tous les

ulcères. C'est dire que sauf complication grave nécessitant l'intervention d'urgence, il sera médical ; il y a lieu de souligner l'action particulièrement efficace de l'Oxyferriscorbone sodique, médication de choix des ulcères calleux. Les résultats sont bons dans 11 de nos 15 cas d'ulcères de D_2 suivis pendant un à six ans. Dans les cas chirurgicaux, il est préférable de pratiquer une gastro-duodénectomie avec ablation de l'ulcère, seule opération donnant des garanties suffisantes pour l'avenir. Mais si l'ulcère siège au niveau ou au-dessous de l'ampoule de Vater, mieux vaut, nous semble-t-il, une gastro-entérostomie complétée par une vagotomie double sous-diaphragmatique, qu'une gastrectomie pour exclusion.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : Le Doyen :
Pour le Doyen,
l'Assesseur, R. SIGALAS.

Vu : Le Président du Jury :
J.-J. DUBARRY

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 15 juillet 1955.
Le Recteur :
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

BIGNAMI G. — Sull'ulcera extrobulbare del duldeno. *Quaderni Radiologici* 1932, *3*, 207.

— Ulcères extra-bulbaires du duodénum. *Radiol. Med.*, 1937, 660.

BOUSQUET et BROUSTET. — Sur un cas d'ulcère de la deuxième portion du ducdénum. *Com. à la Soc. Anatomo-Clinique de Bordeaux, in Journ. de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest,* février 1928, 97.

BRULÉ M., HILLEMAND P., GILBRIN E., CALLANDRY L. — L'ulcère de la deuxième portion du duodénum. *Arch. Mal. App. Dig.* 1939, *29*, 846-855.

BRUN et RONCHOT. — Les ulcères gastriques et duodénaux chez les indigènes de Tunisie. *Paris Médical,* 29 janvier 1927.

BUCQUOY. — L'ulcère duodénal. *Arch. Génér. de Méd.* 1887, *1*, 398, 526, 691.

CABANIÉ. — Ulcère calleux de la deuxième portion du duodénum. Anomalie cholédocienne, détail de technique pour la suture duodénale. *Maroc Méd.*, 1935, 319.

CALLANDRY L. — L'ulcère de la deuxième portion du duodénum. *Thèse Paris,* 1939.

CAROLI J. — Ulcères gastro-duodénaux d'origine hépato-biliaire. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1953, *42*, 1227.

COMBY. — Ulcère de la deuxième portion du duodénum. *Thèse Bordeaux,* 1929, 1930.

COUZINET G. — Les retentissements biliaires des ulcères gastro-duodénaux. *Thèse Paris,* 1953, dactylo.

CRANE. — Becharior of the stomach in ulcer and cancer on the duodenum. *Am. Journ. of Roentg.*, 1922, *9*, 101.

DEMIRLEAU J. — A propos de la gastrectomie dans les ulcères duodénaux. des musulmans tunisiens. *La Tunisie Médicale,* janvier 1937.

— Les ulcères de la deuxième portion du duodénum. *Arch. Mal. App. Dig.,* 1939, *29,* 856-864.

DUBARRY J.-J. — Hyperthyroïdies à masque digestif. *L'Information Médicale du Canada,* 17 janvier 1950.

— Formulaire gastro-entérologique du praticien. Doin et Cie, édit. Paris, 1949.

— Traitement des ulcères gastro-duodénaux. *Revue Médicale de l'Agenais,* Janvier-février 1946.

— Essai de traitement des ulcères calleux par la Ferriscorbone. *Arch. Mal. App. Dig.,* nov.-déc. 1943.

— Traitement des ulcères. *Rapport au* 1er *Congrès Européen de Gastro-Entérologie,* Lausanne, 1948.

— Des surprises de l'évolution de la maladie ulcéreuse et des incertitudes de la conduite à tenir. *Journ. Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest,* 1949, *126,* 112-116.

— La place de l'Oxyferriscorbone sodique dans le traitement de la maladie ulcéreuse. *Paris Médical,* 1951, 373.

— Quand faut-il opérer une ulcération duodénale ? *Conférence aux Journées Médicales de Bordeaux,* 21-23 octobre 1954 *in Journ. de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest,* 1955, 186.

— Réponse à M. R. Dupuy, au sujet de son article : « Le traitement médical des ulcères gastro-duodénaux ». *Revue du Praticien,* 1951, *1,* 440.

DUBARRY J.-J., DUBOURG G. et FRADIN. — Sur un cas d'ulcère duodénal ouvert dans les voies biliaires. *Arch. Mal. App. Dig.,* 1951, *40,* 216.

DUBARRY J.-J. et FRADIN G. — Histaminothérapie à faible dose dans les ulcères gastro-duodénaux. *Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux,* 17 juin 1938.

DUBARRY J.-J., LEQUERLER Y. et JANET J. — A propos de l'étiologie des ulcères digestifs : ulcère-maladie et ulcère-syndrome. *Soc. Nat. Française de Gastro-Entérol.* 7 et 8 juin 1953. *in Arch. Mal. App. Dig.,* 1953, *42,* 1275.

DUBARRY J.-J., RUMEAU P. et JANET J. — Considérations statistiques et pronostiques sur les ulcères d'une consultation à la S.N.C.F. Ulcère-maladie et ulcère-syndrome. *Soc. de Gastro-Entérol. du Sud-Ouest,* Toulouse, 5 et 6 décembre 1953.

DUBOURG G. — Le traitement chirurgical des ulcères du duodénum adhérents à la voie biliaire principale. *Sud Médical et Chirurgical*, 30 avril 1952.

DUBOURG G. et BEGOUIN. — Fermeture du bout duodénal par simple ligature après écrasement sans enfouissement dans les gastrectomies. *Acad. de Chir.*, 6 novembre 1935 et 12 janvier 1938.

DUCASTAING. — Ulcère perforé de la deuxième portion du duodénum. *Soc. Nat. de Chir.*, 21 déc. 1932.

DUPUY R. — Le traitement médical des ulcères gastro-duodénaux. *Revue du Praticien*, 1951, *1*, 7.

FASSIO E. — Du diagnostic de l'ulcère post-bulbaire. *La Semaine Médicale*, 20 décembre 1953.

GALLART-MONES. — Ulcus duodénal de forma icterica. *Congresso Nacional de Pathologia digestiva*, Valencia, mars 1931.

GARCIA-MORAN J. — Le traitement chirurgical des ulcères bas-placés du duodénum. *Rapport au premier Congrès Européen de Gastro-Entérologie*, Lausanne 1948.

GARIN et BERNAY. — Trois cas de duodénum en M, avec ulcère duodénal loin du bulbe. *Soc. de Gastro-Entérol. de Paris*, 21 déc. 1936.

GAVEZZENI M. — L'ulcera extra-bulbare del duodeno. *Arch. It. d. Malattie dell' App. Dig.*, 1934, *2*, 561.

GORDET G. — La déformation du bulbe duodénal dans les ulcères du genu superius et post-bulbaire. *Pr. Méd.*, 1952, *60*, 937.

GUTMANN R.A. — Syndromes Douloureux de la Région Epigastrique, 5e édition. Doin et Cie, édit., Paris, 1952.

— Les erreurs de diagnostic dues au duodénum mobile. *Soc. de Radiol.*, mai 1937.

GUTMANN R.A. et DAOUD J. — Les ulcères du duodénum descendant. *Pr. Méd.* 1954, *62*, 386 bis et 584 bis.

GUTMANN R.A. et HOANG N.-D. — L'ulcère post-bulbaire. *Bull. et Mém. de la Soc. de Radiol. Méd. de France*, juin 1937.

HERTZ. — 24 observations d'ulcère duodénal. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.* 1928, 845.

HILLEMAND P. — Maladies de l'estomac, de l'œsophage et du duodénum. Flammarion, édit., Paris, 1950.

HILLEMAND P. et GARCIA-CALDERON. — Les diverticules du duodénum. *Science Médicale Pratique*, mai 1934.

JANET J. — A propos de mille trois cents cas d'ulcères gastro-duodénaux. *Thèse Bordeaux*, 1954.

LEFÈVRE. — Duodéno-pancréatectomie céphalique pour ulcère duodénal simulant un cancer. *Journ. de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 1931, 763.

LEFÈVRE, VERGER et LAPORTE. — Sur un cas d'ulcère de la deuxième portion du duodénum. *Gaz. Hebd. des Sciences Méd. de Bordeaux*, 1936, 235.

LOSSEN et SCHNEIDER. — Zur Klinik des tiefen duodenal ulcus. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1925, *137*, 446.

LOUBET J. — Quelques traitements nouveaux des poussées ulcéreuses gastro-duodénales rebelles ; la novocaïne intra-péritonéale et les injections intraveineuses d'atropine-bromure de sodium. *Thèse Bordeaux*, 1943.

LUCARELLI. — L'ulcère extra-bulbaire du duodénum, étude clinique et radiologique de 21 cas. *Arch. It. de Chir. de Bologne*, 1935, *40*, 341.

MAC-CARTY W.-C. — Excised duodenal ulcers, a report of four hundred and twenty five specimen. *J.A.M.A.*, 1924, *83*, 1894.

— The pathology of the gall-bladder and some associated lesions. *Annals of Surg.* 1910, 651.

MAZEL J. — Sur un cas d'ulcère de la deuxième portion du duodénum. *Thèse Paris*, 1940.

MONGES H., MONGES A. et JOUVE J. — A propos de cinq cas d'ulcères de la deuxième portion du duodénum. *Comité Médical des B.-du-R.* 19 novembre 1952.

MONGES H., MONGES A. — Considérations sur l'ulcère de la deuxième portion du duodénum. *Soc. de Gastro-Entérol. du Littoral Méditerranéen*, 7-8 novembre 1953.

PARTURIER et AIMARD. — Ulcus de la deuxième portion du duodénum. Contribution à la séméiologie objective clinique et radiologique sur 18 cas. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1920, *44*, 1666.

PAUCHET. — Ulcère du duodénum. *Arch. de l'App. Dig.* 1908, *2*, 95.

TATIBOUET L. — Les ulcères de la deuxième portion du duodénum. *Thèse Paris*, 1945. Dactylo.

THÉVENARD. — Ulcère de la seconde partie du duodénum chez un enfant de onze ans. *Paris Chir.*, 1922, 539.

TOYE-LAZARIN P. — L'ulcère duodénal post-bulbaire. *Thèse Montpellier*, 1937.

VALLS-COLOMER J. — La ulcera de la segunda porcion del duodeno. *Rev. Espanola de las Enferm. del Ap. Dig. y de la Nutricion.* 1952, *11*, 964-985.

VIVIANI R. — Contributo alla conscenza dell' ulcera extrobulbare del duodeno. *Rad. Med.*, 1930, *6*, 698.

— Ulteriore contributo alla conscenza dell' ulcera extrobulbare del duodeno. *Riv. di Radio. e Fis. Med.*, 1931, *3*, 372.

VIVIEN P. — L'ulcère du deuxième duodénum. *Gaz. Méd. de France*, 1955. *62*, 762-767.

WARMOES F. et PENNEWAERT M. — Note sur la fréquence de l'ulcère de la deuxième portion du duodénum. *Acta Gastro-Entérol. Belgica*, 1949, *11*, 652-657.

WOLKE K. — Ulzera in der pars descendens duodeni. *Acta radiologica*, 1936, *17*, 371.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 11

Chapitre premier

Historique 13

Chapitre II

Etiologie 15

I. Fréquence 15

II. Influence du sexe et de l'âge 16

III. Causes favorisantes :

1°) Les malformations duodénales 17

2°) Les sténoses duodénales 18

3°) Influence du terrain 18

Chapitre III

Anatomie pathologique 23

I. Siège et formes anatomiques de l'ulcère 23

II. Rapports avec les organes voisins 24

Chapitre IV

Etude clinique 27

A. - Le syndrome ulcéreux dans l'ulcère de D_2 .. 28

1. Forme ulcéreuse typique 29

2. Forme ulcéreuse fruste 36

3. Forme ulcéreuse camouflée 41

4. Forme non ulcéreuse 41

B. - Les manifestations cliniques associées 42

1. Manifestations d'origine biliaire 43

2. Manifestations d'origine pancréatique 49

3. Manifestations d'origine intestinale 52

Chapitre V

Complications 55

I. Les hémorragies 55

II. La perforation 62

III. Les sténoses duodénales 63

Chapitre VI

Diagnostic de l'ulcere de D_2 : Etude radiologique 65

A. - La radiologie dans l'ulcère de D_2 65

1. Technique 66

2. Les signes radiologiques 67

B. - Diagnostic différentiel 69

Chapitre VII

Traitement 73

I. Traitement médical 73

1. Principes et éléments 74

2. Résultats 76

II. Traitement chirurgical 77

Conclusions 83

Index bibliographique 87